IVAN ILLICH

NEMESIS MEDICA

LA EXPROPIACION DE LA SALUD



BARRAL



Ivan Illich nació en 1926 en Viena, en cuyo colegio de las Escuelas Pías estudió de 1936 a 1941, fecha en la que fue expulsado en virtud de la aplicación de las leyes nazis antisemitas que le afectaban a causa de su ascendencia materna. Terminó sus estudios secundarios en Florencia y cursó teología y filosofía en la Universidad Gregoriana de Roma, doctorándose por la de Salzburgo. Illich había sido escogido por el Vaticano para la carrera diplomática, pero prefirió ejercer el ministerio pastoral, por lo que fue nombrado por el cardenal Spellman vicepárroco de la Iglesia de la Encarnación en Nueva York, una parroquia de feligresía irlandesa y portorriqueña. En 1956 abandonó Nueva York para asumir el vice-rectorado de la Universidad Católica de Ponce, en Puerto Rico. Fue también colaborador de la Commonwealth Higher Education. Su relación con la Universidad de Ponce terminó a causa de su desacuerdo con el Obispo de la diócesis que había prohibido a los católicos de su jurisdicción votar a favor de un gobernador que se proclamaba favorable al control de la natalidad. De regreso a Nueva York, al tiempo que profesaba en la Fordham University, fundó el Centro de Información Intercultural que dio lugar al Centro Intercultural de Documentación de Cuernavaca (CIDOC), fundado en 1964. Desde esa fecha Illich organizó en el CIDOC diferentes seminarios sobre alternativas institucionales en la sociedad tecnológica. Las opiniones de Illich acerca de la desburocratización de la iglesia en el futuro hicieron del CIDOC un centro de controversia eclesiástica, lo que determinó el abandono de la carrera sacerdotal del autor en 1969,

PARTE I

YATROGENESIS CLINICA

PARTE II

YATROGENESIS SOCIAL

PARTE III

YATROGENESIS ESTRUCTURAL

PARTE IV

LA POLITICA DE LA SALUD

IVAN ILLICH

NEMESIS MEDICA

La expropiación de la salud



BREVE
BIBLIOTECA DE RESPUESTA
BARRAL EDITORES
1975

PREFACIO

El presente ensayo servirá como guía general para un seminario que dirigiré en 1975 en el CIDOC, en Cuernavaca. También es el borrador de un libro que, no obstante su actual aspecto, todavía está en proceso de escribirse. Las notas al pie de página reflejan la doble naturaleza del texto: documentan hechos, pero también proporcionan a sus posibles lectores sugerencias sobre asuntos pertinentes que deben explorarse más ampliamente, así como el tipo de orientación bibliográfica que me habría gustado encontrar cuando comencé, como profano en la materia, a penetrar en el tema de la asistencia a la salud. En este ensayo cito la literatura original que utilicé en mis estudios, dejando la preparación de una bibliografía que refleje mejor la documentación en español para la edición final.

Este documento de trabajo se escribió para la serie *Breve Biblioteca de Respuesta,* de Barral Editores, que proporciona un medio público de comunicación para compartir este borrador no sólo con colegas, sino también con el público general mientras estoy todavía luchando con la formulación definitiva de mis ideas.

Durante varios años se fue moldeando mi pensamiento acerca de las instituciones médicas en conversaciones periódicas con John McKnight y Roslyn Lindheim. Actualmente McNight está escribiendo un libro que trata de los procesos políticos que pueden proteger a los pobres, de terapias inútiles. Roslyn Lindheim, arquitecto de profesión, publicará próximamente una crítica del espacio en los hospitales.

También han participado en nuestras conversaciones Jean Pierre Dupuy y Rick Carlson. Dupuy acaba de publicar un libro dedicado especialmente a la medicalización de los medicamentos en Francia, mientras que Carlson hace una crítica de la medicina norteamericana en la que estudia ampliamente las alternativas no convencionales a la ideología médica que predomina en la actualidad.[1] En diversas etapas hemos leído nuestros diversos textos y en las páginas que siguen ellos encontrarán sus ideas y expresiones, aunque no los cite explícitamente. Arturo Aldama, Abrahan e Irene Díaz González, André Gorz y Ramalingaswami me han dado ayuda crítica y constructiva.

Jamás hubiera podido escribirse el presente ensayo sin la colaboración de Valentina Borremans. Durante varios años ella ha reunido pacientemente la documentación sobre la que se funda éste, ha depurado mi juicio y moderado mi expresión con su crítica constante. El capítulo sobre la industrialización de la muerte es un resumen de las notas que ha reunido para su propio libro sobre el rostro de la muerte.

Esta versión castellana, que sale casi simultáneamente con el texto original inglés, se debe a la amigable colaboración entre Valentina Borremans, Arturo Aldama y Carlos Godard Buen Abad.

1. Lindheim, Roslyn: *The hospitalization of space*. Será publicado por Calder and Boyars en 1975. Pueden verse borradores parciales en CIDOC, I/V, 74/73 y 74/74. Dupuy, Jean Pierre, y Karsenty, Serge: *L'invasion pharmaceutique*. Publicado por Ed. du Seuil, en octubre de 1974. Carlson, Rick: *The end of medicine*. El borrador original, terminado en Santa Bárbara, California, en enero de 1973, fue programado para su publicación en 1974 y reimpreso en CIDOC, *Antología A3*.

INTRODUCCION

La medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud. La dependencia respecto de los profesionales que atienden la salud influye en todas las relaciones sociales. En los países ricos, la colonización médica ha alcanzado proporciones morbosas: en los países pobres está rápidamente ocurriendo lo mismo. Hay que reconocer sin embargo el carácter político de este proceso, al que denominaré la «medicalización de la vida». La medicina está a punto de llegar a ser un objeto primordial para una acción política que intenta provocar una inversión de la sociedad industrial. Unicamente quienes hayan recuperado la capacidad de proporcionarse asistencia mutua aplicando la tecnología contemporánea podrán también limitar el modo industrial de producción en otros aspectos importantes.

Un sistema de asistencia a la salud, basado en médicos y otros profesionales, que ha rebasado límites tolerables resulta patógeno por tres razones: inevitablemente produce daños clínicos superiores a sus posibles beneficios; tiene que enmascarar las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad, y tiende a expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente. El monopolio médico y paramédico sobre la metodología y la tecnología de la higiene es un ejemplo notorio del uso político indebido que se hace de los progresos científicos en provecho de la industria y no del ser humano. Este tipo de medicina no es sino un ardid para convencer a quienes están hartos de la sociedad de que son

ellos los enfermos e impotentes y los que necesitan de un remedio técnico. Examinaré estos tres planos de acción médica patógena en tres secciones.

En el primer capítulo se hará el balance del progreso médico; son ya muchas las personas que desconfían de la medicina y sólo necesitan datos para fundar sus temores. Asimismo, ya los médicos juzgan necesario robustecer su credibilidad pidiendo que se prohíban formalmente muchos tratamientos comunes hoy en día. Las restricciones al ejercicio médico que algunos profesionales consideran obligatorias suelen ser tan radicales que resultan inaceptables para la mayoría de los políticos. La ineficacia de la medicina costosa y de alto riesgo es un hecho que tomo como punto de partida, no un asunto que quiera plantear como problema fundamental.

La sección segunda comprende tres capítulos en los que se describen algunos de los síntomas sociales que son consecuencia de la medicalización de la salud, interpretándolos como males típicos de una civilización superindustrializada; en esa sección se abordan también cinco tipos de respuestas políticas, todas fútiles.

En la tercera sección se analiza la expropiación de la salud y la forma en que el dolor, la invalidez y la muerte dejan de ser desafíos personales y se transforman en problemas técnicos. En la última sección se diferencian dos modos por los cuales la persona se relaciona con su ambiente y se adopta a éste: el modo de enfrentamiento autónomo (es decir autogobernado) y el modo de mantenimiento y manejo heterónomo (es decir administrado). Se concluye demostrando que sólo un programa político encaminado a limitar la medicina profesional hará capaces a los hombres de recuperar sus aptitudes para prestar atención a la salud.

PARTE I

YATROGENESIS CLINICA

1. LA EPIDEMIA DE LA MEDICINA MODERNA

Las enfermedades que padecen las sociedades occidentales han sufrido cambios imponentes. En el curso de un siglo han desaparecido tantas causas de defunciones masivas que actualmente dos tercios de todas las muertes tienen relación con las enfermedades de la vejez.[1] Los que mueren jóvenes, en la mayoría de los casos son víctimas de accidentes, violencias y suicidios.[2]

Por lo general, estos cambios del estado de salud se iden-

1. Debe excluirse la mortalidad perinatal. Esta excede en todos los países europeos a todas las demás causas de mortalidad durante los 30 primeros años de la vida. Longone, P.: «Mortalité et morbidité», en: *Population et Sociétés, Bulletin Mensuel d'Informations Démographiques, Economiques, Sociales,* N.º 43, enero de 1972.

2. Lalonde, Marc: *A new perspective on the health of Canadians,* un documento de trabajo. Gobierno del Canadá, Ottawa, abril de 1974. Este informe bilingüe, publicado en francés e inglés, contiene una sección central policromada que muestra en una serie de gráficos los cambios registrados en la mortalidad en el Canadá. Para Francia, ver: Longone, P.: «Les maux de la richesse. Morts violentes et surmortalité masculine», en: *Population et Sociétés. Bulletin Mensuel d'Informations Démographiques, Economiques, Sociales.* N.º 11, febrero de 1966, y «La surmortalité masculine», en: *Population et Sociétés. Bulletin Mensuel d'Informations Démographiques. Economiques, Sociales,* N.º 59, 1.º de junio de 1973, los cuales indican que en Francia las defunciones por accidentes automovilísticos representan el 66 % de todas las muertes de personas del sexo masculino y el 39 % de todas las del sexo femenino entre las edades de 15 y 34 años, el 50 % de todas las defunciones de niños varones de 5 a 14 años y el 33 % de todas las defunciones registradas entre 1 y 4 años de edad.

tifican con el progreso y se atribuyen a una mayor o mejor asistencia médica. En realidad, no hay pruebas de que exista relación directa alguna entre esa mutación de la enfermedad y el llamado progreso de la medicina.[3]

Además, una proporción cada vez mayor de la nueva carga de enfermedades los últimos 15 últimos años es en sí misma el resultado de la intervención médica en favor de personas que están enfermas o podrían enfermar. 1) La impotencia de los servicios médicos para modificar la expectativa de vida, 2) la insignificancia de la mayor parte de la asistencia clínica contemporánea para curar las enfermedades, 3) la magnitud de los daños a la salud provocados por la acción médica y 4) la futilidad de las medidas médicas para contrarrestar la asistencia médica patógena, son hechos obvios, están bien documentados y son objeto de fuerte represión.

La eficacia de los médicos: una ilusión

El estudio de la evolución que han seguido las características de las enfermedades proporciona pruebas de que durante los últimos cien años los médicos no han influido sobre esas

3. Dubos, René.: *Mirage of Health. Utopias, Progress and biological change,* Nueva York, Anchor Books, 1959, fue el primero en exponer de manera notable el error de producir «mejor salud» como una enfermedad peligrosa e infecciosa provocada médicamente. Mcklown, Thomas, y Mclachlan, Gordon, comps.: *Medical history and medical care: a symposium of perspectives,* Oxford Univ. Press, 1971, presentan una introducción a la sociología del pseudoprogreso médico. Powles, John: «On the limitations of modern medicine», en: *Science, Medicine and Man,* Vol. 1, págs. 1-30, Gran Bretaña, Pergamon Press, 1973, da una selección crítica de la documentación reciente en lengua inglesa para esta primera sección del capítulo I. Carlson, véase la nota 1, es un abogado. Su trabajo es un ensayo «breve, de base empírica, de naturaleza teórica». Para formular su denuncia de la medicina norteamericana ha elegido variables respecto de las cuales tenía pruebas completas cuya naturaleza era tal que le permitía manejarlas. Dupuy-Karsenty, véase la nota 1, combina extensas investigaciones empíricas sobre la eficacia de la medicina contemporánea con vasta documentación.

características más profundamente que los sacerdotes en épocas anteriores. Las epidemias han llegado y se han ido bajo las imprecaciones de ambos pero sin ser afectadas por ellos. Los rituales practicados en las clínicas médicas no las han modificado de manera más decisiva que los exorcismos acostumbrados en los lugares sagrados.[4] Se podría iniciar una discusión efectiva sobre el porvenir de la asistencia a la salud partiendo de este reconocimiento.

Las infecciones que predominaban al comenzar la edad industrial pueden ilustrar cómo la medicina adquirió su reputación. Por ejemplo, la tuberculosis alcanzó una cima a lo largo de dos generaciones. La mortalidad por esta causa era indudablemente muy alta en Nueva York en 1812, y había disminuido a 370 por 10.000 en 1882, cuando Koch cultivaba y teñía el primer bacilo. La tasa había disminuido ya a 180 cuando se abrió el primer sanatorio en 1910, aunque la tisis ocupaba todavía el segundo lugar en los cuadros de mortalidad. Después de la Segunda Guerra Mundial, antes de comenzar a utilizarse los antibióticos, había bajado al undécimo lugar con una tasa de 48. De manera análoga, el cólera, la disentería y la fiebre tifoidea alcanzaron un máximo y luego disminuyeron independientemente del control médico. Cuando se llegó a conocer su etiología o se obtuvo un tratamiento específico para esas enfermedades, ya habían perdido mucho de su importancia.[5] La tasa combinada de mortalidad por escarlatina, difteria, tos ferina y sarampión, desde 1860 hasta 1965, en niños de menos de 15 años muestra que cerca del 90 % de la disminución total de la tasa de mortalidad durante ese período ya se había registrado antes de la introducción de los antibióticos y

4. Dubos, René: *The dreams of reason, science und utopia,* N. Y., Columbia University Press, especialmente las págs. 66 y siguientes.

5. Dubos, René: *Man adapting,* New Haven, Yale University Press, 1965, especialmente el capítulo 7 sobre la evolución de las enfermedades microbianas, y la bibliografía correspondiente a este capítulo.

de la inmunización generalizada contra la difteria.[6] Parte de la explicación podría estar en una disminución de la virulencia de los microorganismos y el mejoramiento de la vivienda, pero con mucho el factor más importante fue una mayor resistencia del huésped al mejorar la nutrición. Actualmente, en los países pobres, la diarrea y las infecciones de las vías respiratorias superiores se registran con más frecuencia, duran más tiempo y provocan más alta mortalidad cuando la nutrición es mala, independientemente de que se disponga de mucha o poca asistencia médica.[7] En Inglaterra, a mediados del siglo XIX, las epidemias de enfermedades infecciosas fueron reemplazadas por grandes síndromes de malnutrición, como el raquitismo y la pelagra. Estos alcanzaron a su vez un máximo y se desvanecieron, para ser sustituidos por las enfermedades de la primera infancia y luego por úlceras duodenales en los jóvenes. Cuando éstas disminuyeron, ocuparon su lugar las epidemias modernas; cardiopatías coronarias, enfisema, bronquitis y obesidad, hipertensión, cáncer, especialmente del pulmón, artritis, diabetes y los llamados desórdenes mentales. A pesar de intensas investigaciones, no contamos con una explicación satisfactoria sobre la génesis de esos cambios.[8] Pero dos cosas son ciertas: no puede acreditarse al ejercicio profesional de los médicos la eliminación de antiguas formas de mortalidad, ni se le puede culpar tampoco la mayor expectativa de una vida que transcurre sufriendo las nuevas enfermedades.

El análisis de las tendencias patológicas muestra que el ambiente es el determinante primordial del estado de la salud

6. Porter, R. R.: *The contribution of the biological and medical science to human welfare.* Presidential Address to the British Association for the Advancement of Science, Swansea Meeting, 1971. Publicado por la Asociación, pág. 95, 1972.

7. Scrimswaw, N. S.; Taylor, C. E.; y Gordon, John E.: *Interactions of nutrition and infection,* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1968.

8. Cassel, John: *Physical illness in response to stress,* 32 páginas multicopiadas.

general de cualquier población.[9] La alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo, el grado de cohesión del vecindario, así como los mecanismos culturales que permiten mantener estable a la población, son factores decisivos para determinar cuán saludables se sienten las personas mayores y a qué edad tienden a morir los adultos. A medida que se desvanecen los viejos factores patógenos una nueva clase de malnutrición está pasando a ser la epidemia moderna de más rápida expansión: un tercio de la humanidad sobrevive en un nivel de desnutrición que en otros tiempos habría sido letal, mientras que cada vez más gente absorbe tóxicos y mutágenos en sus alimentos.[10]

9. Winkelstein, Warren, Jr.: «Epidemiological considerations underlying the allocation of health and disease care resources, en: *International Journal of Epidemiology,* Vol. 1, N.º 1, Oxford Univ. Press, 1972. El autor señala que ya los médicos ingleses de mediados de siglo pasado habían identificado el ambiente como determinante primordial del estado de salud de las poblaciones. Se refiere especialmente a E. Chadwick, 1842, y L. Shattuck, 1850. Véase también Lave, Lester B., y Seskin, Eugene P.: «Air pollution and human health, *Science,* volumen, 169, N.º 3.947, 21 de agosto de 1970, págs. 723 a 733.

10. Hasta ahora, el hambre y la malnutrición en todo el mundo han aumentado con el desarrollo industrial. Sahlins, Marshall: *Stone age economics.* Chicago, Aldine-Atherton, 1972, pág. 23, «... se dice que de un tercio a la mitad de la humanidad va cada noche a dormir con hambre. En la edad de piedra la fracción debe haber sido mucho menor. Estamos en la edad del hambre sin precedentes. Hoy en día, en la era del máximo poder técnico, la inanición se ha institucionalizado». Davis, Adelle: *Let's eat right to keep fit.* Edición revisada y puesta al día, N. Y., Harcourt Brace, 1970, trabajo bien documentado sobre la disminución cualitativa del régimen alimenticio en los Estados Unidos conforme ha aumentado la industrialización, y las manifestaciones de esa disminución en la salud de los norteamericanos. Harmer, Ruth Mulvey: *Unfit for human consumption,* Prentice Hall, N. J., 1971, afirma que la Organización Mundial de la Salud tiene intereses creados en el uso sostenido de plaguicidas tóxicos a causa de sus programas de salud pública. Wellford, Harrison: *Sowing the wind.* Informe para el Center for the Study of Responsive Law, de Ralph Nader, sobre el grado de inocuidad de los alimentos y las cosechas químicas. Introducción por Ralph Nader. Nueva York, edición a la rústica de Bantam, 1973. Un colaborador de Ralph Nader informa sobre la concentración de plaguicidas en los alimentos comunes. El uso indebido de plaguicidas ame-

Algunas técnicas modernas, a menudo desarrolladas con la colaboración de médicos, y óptimamente eficaces cuando llegan a formar parte del ambiente o son aplicadas por el público en general, han determinado cambios de la salud general, pero en menor grado. A esta categoría pertenecen los anticonceptivos y las medidas sanitarias no médicas tales como el tratamiento del agua o de los excrementos, el uso de tijeras y jabón por las parteras, la vacunación antivariólica en la infancia y unos cuantos productos antibacterianos e insecticidas. Los cambios más recientes de la mortalidad desde los grupos más jóvenes hasta los de más edad pueden explicarse por la difusión de estos procedimientos y recursos.

En contraste con el ambiente natural y las medidas higiénicas modernas aunque no profesionales, el tratamiento específicamente médico de la gente no está relacionado, nunca ni en ninguna parte, de manera significativa con una disminución del complejo patológico ni con una elevación de la expectativa de vida.[11] La proporción de médicos en una población, los medios clínicos a su disposición, el número de camas de hospital tampoco son factores causales de los violentos cambios registrados en las características generales de las enfermedades. Las nuevas técnicas disponibles para reconocer y tratar afecciones tales como la anemia perniciosa y la hipertensión, o para corregir malformaciones congénitas mediante intervenciones quirúrgicas, redefinen pero no reducen la morbilidad. El hecho de que haya más médicos donde algunas enfermedades se han hecho raras tiene poco que ver con la capacidad de ellos para

---

naza al agricultor más aún que al habitante de las ciudades: destruye su salud, eleva el costo de producción y tiende a reducir los rendimientos a largo plazo.

11. Stewart, Charles T., Jr.: «Allocation of resources to health», en: *The Journal of Human Resources,* VI, 1, 1971, clasifica los recursos dedicados a la salud como tratamiento, prevención, información e investigaciones. En todos los países del hemisferio occidental, la prevención (agua potable) y la educación guardan una relación significativa con la expectativa de vida, pero ninguna de las «variables de tratamiento» está relacionada de esa manera.

controlarlas o eliminarlas.[12] Esto simplemente significa que los médicos se despliegan como les place, más que otros profesionales, y que tienden a reunirse donde el clima es saludable, el agua es pura y la gente trabaja y puede pagar sus servicios.

Tratamientos médicos inútiles

La combinación de una tecnología médica imponente con una retórica igualitaria ha creado la peligrosa ilusión de que la medicina contemporánea es sumamente eficaz. Aunque el ejercicio médico contemporáneo se funda en esta premisa errónea, está en contradicción con la opinión médica informada.[13]

Durante la última generación, ha llegado realmente a ser eficaz una cantidad limitada de procedimientos específicos. Los aplicables a enfermedades ampliamente difundidas suelen ser muy económicos: a menos que se encuentren monopolizados para uso profesional, exigen un mínimo de técnicas personales, materiales o servicios de hotel proporcionados por hospitales. Por el contrario, la mayoría de los enormes gastos médicos en rápido aumento están destinados a diagnósticos y tratamientos ineficaces o de dudosa eficacia. Para ejemplificar mejor esta afirmación conviene distinguir entre enfermedades infecciosas y no infecciosas.

12. Stallones, Reuel A.: *Environment, écologie et épidémiologie* (texto resumido de la cuarta conferencia del Ciclo de Conferencias Científicas OPS/OMS, Washington, 30 de septiembre de 1971). El autor muestra que hay una fuerte correlación positiva en los Estados Unidos de América entre una alta proporción de médicos en la población general y la alta tasa de enfermedades coronarias, en tanto que la correlación es fuertemente negativa por lo que respecta a las enfermedades cerebrovasculares. Señala que esto no quiere decir nada respecto a una posible influencia que pudieran tener los médicos en un caso o en el otro. La morbilidad y la mortalidad son partes integrantes del ambiente humano y no están relacionadas con los esfuerzos realizados para dominar ninguna enfermedad específica.

13. El estudio modelo en esta materia parece ser en la actualidad el de Cochrane, A. L.: *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services.* The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.

La quimioterapia ha desempeñado una parte importante en la lucha contra la neumonía, la blenorragia y la sífilis. La mortalidad por neumonía, antiguamente el «amigo de los viejos», disminuyó cada año de 5 a 8 % después de haber entrado las sulfamidas y los antibióticos en el mercado. El paludismo, la fiebre tifoidea, la sífilis y el pian pueden curarse muy fácilmente. El actual aumento de las enfermedades venéreas se debe a nuevas costumbres, no a mala medicina. El paludismo ha reaparecido porque los mosquitos han adquirido resistencia a los plaguicidas y no por alguna falta de nuevos medicamentos antipalúdicos. Con la inmunización casi se ha eliminado la poliomielitis, enfermedad de los países ricos. Las vacunas han contribuido a la disminución de la tos ferina y el sarampión. Es cierto que, al menos por el momento, los efectos de la medicina sobre esas infecciones confirman la creencia popular del «progreso médico». Pero por lo que respecta a la *mayoría* de las demás infecciones, la medicina no puede presentar resultados comparables. El tratamiento con medicamentos redujo, de hecho, la mortalidad por tuberculosis, tétanos, difteria y escarlatina, pero en la disminución total de la mortalidad o la morbilidad por esas enfermedades, la quimioterapia desempeñó una parte secundaria, tal vez insignificante. El paludismo, la leishmaniasis y la enfermedad del sueño retrocedieron durante algún tiempo ante la intensidad de los ataques químicos, pero actualmente están volviendo a surgir.[14]

La eficacia de la intervención médica para combatir enfermedades no infecciosas es aún más discutible. Sin duda se han demostrado progresos reales en unas cuantas afecciones: es posible prevenir parcialmente las caries dentales mediante la fluoración del agua, aunque a un costo que no se conoce bien todavía. El tratamiento sustitutivo reduce la acción directa de la diabetes, pero sólo por corto tiempo. Como resultado de la alimentación por vía intravenosa, las transfusiones sanguíneas y las tiendas de oxígeno,[15] más personas sobreviven a los trauma-

14. Véase la nota 47.

15. Universities Group Diabetes Program: «A study of the effects

tismos. Está comprobada la utilidad diagnóstica de la prueba del frotis vaginal de Papanicolau, que repetida con suficiente frecuencia permite la intervención oportuna en el cáncer cervical, con un aumento de cinco años en la tasa de supervivencia. El tratamiento del cáncer cutáneo es sumamente eficaz. No tenemos pruebas claras de la eficacia del tratamiento en las demás formas de cáncer.[16] El cáncer de la mama es la forma más común. La tasa de supervivencia después de 5 años es de 50 %, independientemente de la frecuencia con que se practiquen exámenes médicos y del tratamiento que se emplee.[17] No se ha demostrado que esta tasa difiera de la del cáncer no tratado.[18] Aunque los clínicos suelen destacar la importancia del diagnóstico y del tratamiento precoces de éste y otros varios tipos de cáncer, los epidemiólogos han comenzado a dudar que se modifiquen las tasas de supervivencia con la intervención temprana.[19]

---

of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult onset diabetes. II. Mortality results. 1970», en: *Diabetes,* 19, sup. 2. Knatterud, G. L.; Meinert, C.L.; Klimt, C. R.; Osborne, R. K., y Martin, D. B.: «Effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult onset diabetes. 1971», en: *Journal of American Medical Association,* 217, 6, 777. Cochrane, véase la nota 13, observaciones sobre los dos últimos trabajos mencionados. Indican que la administración de tolbutamida y fenoformina es francamente adversa para tratar diabéticos maduros y que no ofrece ventajas la aplicación de insulina en lugar de una dieta.

16. Mckinnon, N. E.: «The effects of control programs on cancer mortality», en: *Canadian Medical Association Journal,* 82, 25 de junio de 1960, págs. 1.308 a 1.312.

17. Breast Cancer Symposium: «Points in the practical management of breast cancer», 1969, en: *Breast Journal Surg.,* 56, 782.

18. Lewison, Edwin F.: «An appraisal of long-term results in surgical treatment of breast cancer», en: *Journal of the American Medical Association,* 186, 14 de diciembre de 1963, págs. 975 a 978.

19. Sutherland, Robert: *Cancer: the significance of delay.* Londres, Butterworth and Co., 1960, págs. 196 a 202. También Atkins, Hedley, *et al.:* «Treatment of early breast cancer: a report after ten years of clinical trial», en: *Brit. Med. Journ.,* 1972, 2, págs. 423 a 429 y también pág. 417.

En raras cardiopatías congénitas y en la cardiopatía reumática, la cirugía y la quimioterapia han aumentado las perspectivas de llevar una vida activa para algunos de los que sufren de esas afecciones.[20] En cambio, el tratamiento médico de las enfermedades cardiovasculares[21] y de las cardiopatías comunes,[22] es sólo parcialmente eficaz. El tratamiento con medicamentos de la hipertensión arterial es eficaz para los pocos en quienes se presenta como síndrome maligno y puede dañar seriamente a los que no padecen esta forma.[23]

Lesiones provocadas por el médico

Desgraciadamente, la futilidad de la asistencia médica es el menor de los perjuicios que una empresa médica en proliferación causa a la sociedad. Los efectos de la medicina constituyen una de las epidemias de más rápida expansión de nuestro tiempo. El dolor, las disfunciones, las incapacidades e in-

20. Kutner, Ann G.: «Current status of steroid therapy in rheumatic fever», en: *American Heart Journal,* 70, agosto de 1965, págs. 147 a 149. The Rheumatic Fever Working Party of the medical Research Council of Great Britain and the Subcommittee of Principal Investigators of the American Council on Rheumatic Fever and Congenital Heart Disease, American Heart Association: «Treatment of Acute Rheumatic Fever in Children: A Cooperative Clinical Trial of ACTH, Cortisone and Aspirin», en: *British Medical Journal,* I, 1955, págs. 555 a 574.

21. Brest, Albert N.: «Treatment of coronary occlusive disease: critical review», en: *Diseases of the Chest,* 45, enero de 1964, págs. 40 a 45. Lindsay, Malcolm I., y Spiekerman, Ralph E.: «Re-evaluation of therapy of acute myocardial infarction», en: *American Heart Journal,* 67, abril, 1964, págs. 559 a 564. Cain, Harvey D. et al.: «Current therapy of cardiovascular disease», en: *Geriatrics,* 18 julio 1963, págs. 507 a 518.

22. Mather, H. G.; Pearson, N. G., y Read, K. L. *et al.:* «Acute myocardial infarction: home and hospital treatment», en: *British Medical Journal,* 1971, pág. 3, págs. 334 a 338.

23. Combined Staff Clinic: «Recent advances in hypertension», en: *American Journal of Medicine,* 39, Cot. 1965, págs. 634 a 638.

cluso la angustia[24] consecutivas a la intervención médica técnica rivalizan actualmente con la morbilidad producida por actividades relacionadas con el tráfico, el trabajo y aun la guerra. Sólo la malnutrición moderna va claramente a la cabeza.

El término para denominar la nueva epidemia de enfermedades producidas por el doctor, *Yatrogénesis,* está compuesto por las palabras griegas *yatros* (médicos) y *génesis* (origen). Las enfermedades yatrógenas son únicamente las que no se habrían presentado si no se hubiese aplicado tratamientos ortodoxos y recomendados profesionalmente.[25] Conforme a esta definición, un paciente puede demandar a su terapeuta si éste, en el curso de su tratamiento, no ha aplicado un procedimiento recomendado y con ello ha corrido el riesgo de enfermarlo.

En un sentido más general y más ampliamente aceptado, las enfermedades yatrógenas clínicas comprenden todos los estados clínicos respecto de los cuales son agentes patógenos o «enfermantes» los remedios, los médicos o los hospitales. Daré a esta plétora de efectos secundarios terapéuticos el nombre de *yatrogénesis clínica.*[26]

Los medicamentos siempre han sido potencialmente tóxicos, pero sus efectos secundarios no deseados han aumentado

24. Shey, Herbert H.: Iatrogenic anxiety», en: *Psychiatric Quarterly,* Vol. 45, 1971, págs. 343-56.

25. Hay un texto ya clásico: Moser, Robert H.: *Diseases of medical progress: a study of iatrogenic disease.* Es un análisis contemporáneo de las enfermedades producidas por medicamentos y otros procedimientos terapéuticos. Prólogo de Adams, F. Denette. Springfield, Estados Unidos, Charles C. Thomas, 1969.

26. Esta ya fue estudiada por los árabes. Al-Razi fue el médico jefe del Hospital de Bagdad y vivió de 865 a 925 de nuestra era. Según Al-Nadim en el Fihrist, capítulo 7, sección 3, estaba interesado en el estudio médico de la yatrogénesis. En la época de Al-Nadim, 935 d. J.C., todavía existían tres libros y una carta sobre este tema. *Los errores de objetivo de los médicos, De las purgas administradas a pacientes febriles antes del momento oportuno, Por qué razón los médicos ignorantes, el común de las gentes y las mujeres de las ciudades tratan ciertas enfermedades con más éxito que los hombres de ciencia y las excusas que ofrecen por esto los médicos,* y la carta que explicaba

con su eficacia y la difusión de su empleo.[27] Cada 24 a 36 horas, del 50 al 80 % de los adultos en los Estados Unidos y en el Reino Unido ingiere un producto químico por prescripción médica. Algunos toman un medicamento equivocado, otros lo toman contaminado o envejecido, algunos más lo obtienen falsificado,[28] otros toman varias drogas que son peligrosas[29] o las ingieren en combinaciones peligrosas, algunas personas reciben inyecciones con jeringas esterilizadas indebidamente o con agujas que fácilmente se quiebran. Algunos medicamentos forman hábito, otros producen efectos mutilantes o son mutágenos, aunque quizá únicamente en acción sinérgica con colorantes de alimentos o con insecticidas.[30] En algunos pacientes los antibióticos alteran la flora bacteriana normal y provocan una superinfección, que permite a los organismos más resistentes

---

Por qué un médico inteligente no tiene facultades para curar todas las enfermedades, puesto que eso no está dentro del dominio de lo posible.

27. Dupuy, J. P.; Ferty, J.; Karenty, S., y Worms, H.: *La consommation de médicaments, approche psycho-socio-économique,* París, Cerebe, 1971, Informe principal de 244 págs. y anexos en 757 págs., trabajo multicopiado.

28. Kreig, Margaret: *Black market medicine.* N. J., Prentice Hall, 1967. 304 págs. Se informa y demuestra que un porcentaje cada vez mayor de artículos vendidos por farmacias profesionales autorizadas son medicamentos falsificados inertes que no pueden distinguirse por su envase ni su presentación del producto patentado. Cada vez se hace más difícil la detección, y está fuera del control de los actuales órganos encargados de aplicar la ley, la persecución de la mafia que sostiene este mercado negro

29. Mintz, Morton: *By prescription only.* Informe sobre las funciones que desempeñan la Administración de Alimentos y Medicamentos, la Asociación Médica de los Estados Unidos, las compañías farmacéuticas y otras entidades en relación con el empleo irracional y masivo de medicamentos recetados que pueden ser inútiles, nocivos e incluso letales. Boston, Houghton Mifflin, 1967. (Segunda edición, revisada y puesta al día, publicada anteriormente con el título de *The therapeutic nightmare.*)

30. Sax, Irving: *Dangerous properties of industrial material,* Nueva York, Van Nostrand, 1968. Meyler, L.: *Side effects of drugs,* Williams & Wilkins, 1972.

proliferar e invadir al huésped. Otras medicinas contribuyen a criar cepas de bacterias resistentes.[31] De este modo se han difundido tipos sutiles de intoxicación más rápidamente aún que la desconcertante variedad y ubicuidad de las panaceas.[32] Las operaciones quirúrgicas innecesarias son procedimientos habituales.[33] El tratamiento médico de enfermedades no existen-

31. Beaty, Harry N., y Peterson, Robert G.: «Iatrogenic factors in infectious disease», en: *Annals of Internal Medicine,* Vol. 65 ,N.º 4, octubre 1966, págs. 641 a 656.

32. En los Estados Unidos, cada año ingresa en los hospitales un millón de personas, es decir, de 3 a 5 % del total de internados, primordialmente a causa de reacciones negativas a los medicamentos. Wade, Nicholas: «Drug regulation: FDA replies to charges by economists and industry», en: *Science,* 179, 23 de febrero de 1973, págs. 775 a 777.

33. Vayda, Eugene: «A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales», en: *The New England Journal of Medicine,* Vol. 289, N.º 23, 6 de diciembre de 1973, págs. 1.224 a 1.229. Esta comparación muestra que las tasas de operaciones en Canadá (1968) fueron 1,8 veces mayores para los hombres y 1,6 veces mayores para las mujeres que en Inglaterra. Las operaciones que se practican a discreción, como la amigdalectomía y la adenoidectomía, la hemorroidectomía y la herniorrafia inguinal se registraron con frecuencia dos o más veces mayor. Las tasas de la colecistectomía fueron más de cinco veces superiores. Los determinantes principales tal vez sean las diferencias en el pago de servicios de salud y en la disponibilidad de camas de hospital y de cirujanos. Lewis, Charles E.: «Variations on the incidence of surgery», en: *The New England Journal of Medicine,* 281 (6): 880-884, 16 de octubre de 1969. Reproducido en CIDOC *Antología A8.* Lewis encuentra variaciones de tres a cuatro veces en las tasas regionales por lo que respecta a seis operaciones comunes en los Estados Unidos de América. Se observó que el número de cirujanos disponibles era el factor significativo para predecir la incidencia de operaciones. Véase también Doyle, James C.: «Unnecessary hysterectomies». Estudio de 6.248 operaciones en 35 hospitales durante 1948, en: *J.A.M.A.,* Vol. 151, N.º 5, 31 de enero de 1953. Reproducido en CIDOC *Antología A8.* Doyle, James C.: «Unnecessary ovariectomies». Estudio fundado en la extirpación de 704 ovarios normales de 546 pacientes, en: *J.A.M.A.,* Vol. 148, N.º 13, 29 de marzo de 1952, págs. 1.105 a 1.111. Weller, Thomas H.: «Pediatric perceptions. The pediatrician and iatric infectious disease», en: *Pediatrics,* Vol. 51, N.º 4, abril de 1973. Véase también Brandis, C. V.: *Arst ind Kunstfehlevorwurf,* Goldmann, Wissenschaftliches Taschenbuch, 1971.

tes produce «no-enfermedades» incapacitantes con una frecuencia cada vez mayor: el número de niños incapacitados en Massachussets por no-enfermedades cardíacas supera al número de niños bajo tratamiento eficaz por cardiopatías.[34]

El dolor y la invalidez provocados por el médico han sido siempre parte del ejercicio profesional.[35] La dureza, la negligencia y la cabal incompetencia de los profesionales son formas milenarias de su mal ejercicio.[36] Con la transformación del mé-

34. Meador, Clifton: «The art and science of non-disease», en: *The England Journal of Medicine,* 272, 1965, págs. 92-95. Para el médico acostumbrado a tratar únicamente con entidades patológicas, términos como el de «entidad no patológica» o «no-enfermedad» son extraños y difíciles de entender. Este trabajo presenta una clasificación de no-enfermedades y los importantes principios terapéuticos fundados en este concepto. Las enfermedades yatrogénicas probablemente derivan con tanta frecuencia del tratamiento de no-enfermedades como del tratamiento de enfermedades. Bergman, Abraham B., y Stamm, Stanley J.: «The morbidity of cardiac non-disease in school children», en: *The New England Journal of Medicine,* vol. 276, n.º 18, 4 de mayo de 1967, da un ejemplo particular del «limbo en el que las personas se dan cuenta o bien otros perciben que ellas tienen una enfermedad no existente. Los malos efectos que acompañan algunas no-enfermedades son tan importantes como los que acompañan a las afecciones homólogas... se calcula que la cantidad de incapacidades por no-enfermedades cardíacas es mayor que el derivado de cardiopatías reales».

35. La yatrogénesis clínica tiene una larga historia. Plinio Segundo: *Naturalis Historia XXIX, 19.* «Para protegernos contra los médicos no hay ley que persiga la ignorancia ni ejemplo de pena capital. Los médicos aprenden a nuestro riesgo, experimentan y matan con impunidad soberana; en realidad, el médico es la única persona que puede matar. Van más allá y hacen responsable al paciente: culpan al que ha sucumbido.» Aunque en realidad el derecho romano ya contenía algunas disposiciones contra los daños de origen médico, «damnum injuria datum per medicum». En Roma, la jurisprudencia hace al médico legalmente responsable no sólo por su ignorancia y negligencia, sino también por actuar chapuceramente. El médico que había operado a un esclavo pero no había vigilado debidamente su convalescencia, tenía que pagar el precio del esclavo y la pérdida de ingresos al amo durante el tiempo que se prolongara la enfermedad. Esas disposiciones no cubrían a los ciudadanos, pero éstos podían demandar por su cuenta al médico por mal ejercicio profesional.

36. Montesquieu: *De l'esprit des lois,* libro XXIX, capítulo XIV,

dico en un artesano que ejerce una habilidad en individuos a los que conoce personalmente en un técnico que aplica normas científicas a toda clase de pacientes, el mal ejercicio profesional adquirió un nuevo estado anónimo, casi respetable. Lo que antiguamente se consideró un abuso de confianza y una falta moral ahora puede explicarse por fallas excepcionales de equipo y operadores. En un hospital tecnológico complejo, la negligencia pasa a ser «error humano aleatorio», la actitud encallecida se convierte en «indiferencia científica», y la incompetencia se transforma en «falta de equipo especializado». Con la despersonalización del diagnóstico y la terapéutica, el ejercicio profesional impropio ha dejado de ser un problema ético y se ha convertido en un problema técnico.

En 1971, se iniciaron de 12.000 a 15.000 litigios por mal ejercicio profesional en los tribunales de los Estados Unidos. Sin embargo, los médicos son vulnerables en los tribunales únicamente a la acusación de haber actuado contra el código médico, de haber sido culpables por la acción incompetente del tratamiento prescrito, o de negligencia culpable por codicia o pereza. La mayor parte de los daños producidos por el médico moderno no entran en ninguna de esas categorías, sino que se registran en la práctica ordinaria de personas bien preparadas que han aprendido a seguir los procedimientos y juicios profesionales en boga aunque sepan (o puedan y debieran saber) los daños que provocan.

El Departamento de Salud de los Estados Unidos de Amé-

b. París, Bibl. de la Pléiade, 1951. El derecho romano ordenaba castigar a los médicos por negligencia o falta de competencia (Lex Cornelia De Sicariis, Inst. iv, tit. 3, de lege Aquila 7). En esos casos, si el médico era persona de alguna fortuna o rango, únicamente se le desterraba, pero si era de baja condición se le sentenciaba a muerte. En nuestras instituciones se procede de otra manera. Las leyes romanas no se promulgaron bajo las mismas circunstancias que las nuestras: en Roma cualquier farsante ignaro se ponía a manipular medicamentos, pero entre nosotros los médicos están obligados a seguir un curso sistemático de estudio y a graduarse, por lo cual se supone que conocen su profesión.

rica calcula que 7 % de todos los pacientes sufren, mientras están hospitalizados, lesiones por las que debieran ser indemnizados, aunque pocos de ellos hacen algo a este respecto. Además, la frecuencia media de accidentes registrados en hospitales fue superior a la de todas las industrias, excepto las minas y las construcciones de edificios altos. Un estudio indica que los accidentes fueron la causa principal de defunción en los niños de los Estados Unidos de América, y que esos accidentes ocurrieron con más frecuencia en hospitales que en cualquier otra clase de lugar.[37] Uno de cada 50 niños internados en un hospital sufrió un accidente que requirió un tratamiento específico. Los hospitales universitarios son relativamente más patógenos o, lisa y llanamente, producen más enfermedades. Se ha comprobado que uno de cada cinco pacientes internados en un típico hospital para investigación adquiere una enfermedad yatrogénica, algunas veces trivial, que por lo común exige tratamiento especial y en un caso de cada 30 es mortal. La mitad de esos casos fueron resultado de complicaciones del tratamiento medicamentoso; cosa notable, uno de cada diez fue tratado a causa de procedimientos de diagnóstico.[38] No obstante la bondad de las intenciones y las afirmaciones de prestar un servicio público, con una actuación semejante se habría retirado el mando a un oficial del ejército, y la policía habría clausurado un restaurante o un centro de diversiones.

Pacientes indefensos

Los efectos secundarios adversos debidos a los contactos técnicos con el sistema médico, aprobados, erróneos, aplicados

37. Lowrey, George H.: «The problem of hospital accidents to children». Reimpreso de: *Pediatrics,* 32 (6): 1064-1068, diciembre de 1963.

38. McLamb, J. T., y Huntley, R. R.: «The hazards of hospitalization», en: *Southern Medical Journal,* vol. 60, mayo de 1967, págs. 469-472.

con dureza o contraindicados, representan únicamente el primer nivel de la medicina patógena. Es la «yatrogénesis clínica».[39] Incluyo en esta categoría no sólo los datos que los médicos producen con la intención de curar al paciente o de explotarlo, sino también otros perjuicios que resultan de los intentos del médico por protegerse contra la posible demanda del paciente por mal ejercicio profesional. Los «riesgos por mal ejercicio», para evitar litigios y prosecuciones, hacen más daño actualmente que cualquier otro estímulo yatrógeno de esa índole.[40]

En un segundo plano, la práctica de la medicina fomenta las dolencias reforzando a una sociedad enferma que no sólo preserva industrialmente a sus miembros defectuosos, sino que también multiplica exponencialmente la demanda del papel de paciente. Por una parte los seres defectuosos sobreviven en números cada vez mayores y están en condiciones de vivir únicamente bajo la asistencia institucional, mientras que por otra parte, los síntomas certificados por el médico exceptúan a las personas del destructivo trabajo asalariado y les dan una excusa para apartarse de la lucha por la tranformación de la sociedad en que viven. El segundo plano de yatrogénesis se manifiesta en diversos síntomas de excesiva medicalización[41] so-

39. Audy, Ralph: «Man-made maladies and medicine», en: *Califronia Medicine,* noviembre de 1970, 113-15, págs. 48 a 53, reconoce que las enfermedades yatrógenas forman únicamente un tipo de afecciones producidas por el hombre. Según su etiología, corresponden a diversas categorías. Las consecutivas al diagnóstico y al tratamiento, las relacionadas con actitudes y situaciones sociales y psicológicas, y las consecutivas a programas hechos por el hombre para luchar contra las enfermedades y su erradicación. Además de las entidades clínicas yatrógenas, reconoce otras enfermedades que tienen etiología médica.

40. Opinión personal expresada por el Dr. Quentin Young al autor.

41. Empleo el término «medicalización» en el sentido acuñado por Dupuy. Greenberg, Selig: *The quality of mercy. A report on the critical condition of hospital and medical care in America.* Prólogo de Robert Ebert, N. Y., Atheneum, 1971, que lo ha empleado en sentido diferente. Para él la sociedad está «supermedicada» porque gasta demasiado en adquirir nuevos conocimientos y técnicas médicas y demasiado poco en distribuirlos.

cial. Designaré a este efecto de la medicina en un segundo plano con el nombre de *yatrogénesis social* y acerca de él trataré en la Parte II.

En un tercer plano, las llamadas profesiones de la salud tienen un efecto más profundo aún, que estructuralmente niega la salud en la medida en que destruye el potencial de las personas para afrontar sus debilidades humanas, su vulnerabilidad y su singularidad en una forma personal y autónoma.[42] La *patrogénesis estructural* que examinaré en la Parte III es la repercusión definitiva del progreso higiénico y consiste en la parálisis de reacciones saludables ante el sufrimiento.[43] Se produce cuando la gente acepta la manipulación de la salud a base de un modelo mecánico, cuando se conspira con la intención de producir una cosa llamada «mejor salud» que inevitablemente da por resultado el mantenimiento heterónomo y manipulado de la vida en altos niveles de enfermedad subletal. Esta repercusión final del «progreso» médico debe distin-

42. Hoke, Bob: *Healths and healthing: beyond disease and dysfunctional environments.* Conferencia en la reunión anual de la American Association for the Advancement of Science, Washington D.C., 29 de diciembre de 1972, 15 págs., resumen en Akistics, 220, marzo de 1974, págs. 169 a 172. La enfermedad es un componente inevitable de la vida humana, de manera que la salud como ausencia de enfermedad es un ideal abstracto e inalcanzable... No es razonable pensar en la salud como característica del hombre *per se.* Como el hombre y el ambiente forman un sistema, la salud es un proceso de acción recíproca entre el hombre y el ambiente dentro de un contexto ecológico particular... la premisa de que una buena adaptación al ambiente es el único factor decisivo para la salud convierte algunos procesos «normales» como el envejecimiento o la adolescencia en «enfermedades» en lugar de fases o aspectos de la vida que pueden tener formas saludables de vivirse... Hay una forma sana de vivir una enfermedad.

43. El enfermo en garras de la medicina contemporánea no es sino un símbolo de la humanidad en las garras de su técnica. «Das Schiksal das Kranken verkoerpert als Symbol das Schiksal der Menscheit im Stadium einer technischen Weltenwicklung.» Jacob, Wolfang: *Der kranke Mensch in der technischen Welt.* IX Internationaler Fortbildungakurs für praktische und wissenschaftliche Pharmazie der Bundesapothekerkammer in Meran, 1971. Werbe-und Vertriebagesellschaft Deutscher Apotheker mbh. Frankfurt Main.

guirse claramente de la yatrogénesis tanto clínica como social.

Espero demostrar que esa triple yatrogénesis ha llegado a un punto médicamente irreversible. Los indeseables subproductos fisiológicos, sociales y psicológicos del progreso diagnóstico y terapéutico se han vuelto resistentes a los remedios médicos. Nuevos artefactos, procedimientos y formas de organización, concebidos como remedios para la yatrogénesis clínica y social, tienden ellos mismos a hacerse agentes patógenos que contribuyen a la nueva epidemia. Las medidas técnicas y administrativas adoptadas para evitar que el paciente sea dañado por su tratamiento tienden a engendrar un segundo orden de yatrogénesis análogo a la destrucción progresiva engendrada por los inventos contra la contaminación.[44]

A esta espiral autorreforzante de retroalimentación institucional negativa la designaré con su equivalente griego y la llamaré *Némesis médica.* Los griegos veían dioses en las fuerzas de la naturaleza. Para ellos, Némesis representaba la venganza divina que caía sobre los mortales que usurpaban los privilegios que los dioses guardaban celosamente para sí mismos. Némesis es el castigo inevitable por los intentos inhumanos

44. Ya ha surgido un conflicto de dos criterios opuestos en el dominio de la degradación ambiental. Por una parte hay personas que, como Quinn, James B.: «Next big industry: environment and improvement», en: *Harvard Business Review,* 49, septiembre-octubre de 1971, págs. 120-130, creen que el mejoramiento ambiental está convirtiéndose en una serie dinámica y lucrativa de mercados para la industria que se pagan por sí solos y que terminarán por representar una adición importante a los ingresos y al producto nacional bruto. Por otra parte, personas como Daly, Herman E.: *Toward a steady state economy,* Freeman Co., 1973, distinguen dos secciones del producto nacional bruto, una representada por el valor de bienes y servicios directamente convenientes que llega al mercado, y otra compuesta por los gastos defensivos necesarios para proteger a la sociedad contra los valores creados de esa manera. Para Daly únicamente una disminución radical de las materias primas elaboradas por la industria puede salvar al ambiente. En medicina, todavía hay una predisposición abrumadora en favor de proporcionar al público más tratamiento, aunque quizá menos peligroso. La necesidad de proceder a una disminución radical del total de servicios producidos industrialmente aún no es objeto en general de examen en los dominios de la salud, la educación o la asistencia social.

de ser un héroe en lugar de un ser humano. Como la mayoría de los nombres griegos abstractos, Némesis tomó la forma de una divinidad. Representa la respuesta de la naturaleza a *hubris*: la arrogancia del individuo que busca adquirir los atributos de un dios. Nuestra *hubris* higiénica contemporánea ha conducido al nuevo síndrome de Némesis médica.[45]

Al utilizar el término griego deseo poner de relieve que el concepto correspondiente no corresponde al paradigma explicativo que actualmente ofrecen ingenieros, terapeutas e ideólogos para las crecientes diseconomías, disutilidades y comportamientos contraintuitivos de los grandes sistemas. Al invocar mitos y dioses ancestrales debe quedar claro que mi sistema de análisis de la actual descomposición de la medicina es ajeno a toda lógica y a todo *ethos* determinados industrialmente.

Némesis médica es resistente a la atención médica. Sólo podrá invertirse su acción cuando el profano recupere la autoasistencia mutua y el reconocimiento jurídico, político e institucional de ese derecho a atenderse. En mi capítulo final se proponen lineamientos para contener la Némesis médica y criterios para mantener la empresa médica dentro de límites saludables. No se sugiere ninguna forma específica de asistencia a la salud o a los enfermos ni se propugna ninguna nueva filosofía médica, como tampoco se recomiendan remedios para enfermedades. No me refiero a soluciones alternativas a una técnica, doctrina u organización médica determinadas, sino a la alternativa a toda esta empresa social, a sus ilusiones y sus bucrocracias aliadas.

45. Daumier, Honoré (1810-1879): *Némésis médicale.*

PARTE II

YATROGENESIS SOCIAL

2. LA MEDICALIZACION DE LA VIDA

En 1960 habría sido imposible que se escuchara la denuncia de que los esfuerzos médicos en marcha eran por sí mismos algo malo. El Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña acababa de alcanzar un alto grado de desarrollo. Planificado por Beveridge conforme a los conceptos de salud predominantes en los años treinta, consideraba que había una «cantidad estrictamente limitada de morbilidad», que si se trataba daría por resultado una reducción de los subsiguientes índices de enfermedad. Beveridge había esperado, por tanto, que el costo anual del servicio de salud descendiera conforme la terapéutica eficaz fuese reduciendo la morbilidad.[46] No se había previsto que la definición de mala salud ampliaría el campo de la asistencia médica ni que el umbral de tolerancia a la enfermedad descendería tan rápidamente como la competencia para la autoasistencia, ni tampoco que aparecerían nuevas enfermedades a causa del mismo proceso que hacía a la medicina por lo menos parcialmente eficaz.

La cooperación internacional había logrado sus victorias pírricas sobre algunas enfermedades tropicales. Aún no se sospechaba la parte que habría de desempeñar el desarrollo económico y tecnológico en la difusión y agravación de la encefalitis letárgica, la bilharziasis e incluso el paludismo.[47] Toda-

46. Office of Health Economics: *Prospects in health.* OHE, 162 Regent Street, Londres Wir 6 DD, 1971, 24 págs.

47. Para un estudio de la bibliografía sobre las consecuencias pa-

vía se hallaba oculto el espectro de nuevos tipos de hambre endémica rural y urbana en las naciones «en desarrollo». Para el público en general, los riesgos de la degradación ambiental eran invisibles aún. En los Estados Unidos de América el público estaba preparándose para afrontar los extraordinarios aumentos del costo de la asistencia, los exorbitantes privilegios de los médicos y la falta de equidad en el acceso a sus servicios.[48] La nacionalización o la sustitución de la empresa privilegiada por el monopolio reglamentado parecía ser todavía la solución.[49] En todas partes continuaba inconmovible la creencia en el progreso ilimitado, y el progreso en medicina quería decir el esfuerzo persistente por mejorar la salud humana, abolir el dolor, erradicar la enfermedad y extender la duración de la vida utilizando cada vez nueva intervención ingenieril. Los injertos de órganos, las diálisis, los métodos criogénicos y el control genético alentaban esperanzas y no despertaban temores. El médico estaba en el pináculo de sus funciones como héroe cultural. El empleo desprofesionalizado de la medicina moderna todavía se consideraba como una propuesta disparatada.

En 1975 mucho es lo que ha cambiado. La gente se ha enterado de que la salud depende del ambiente, de la alimen-

---

tológicas de las actividades de desarrollo, véase Hughes, Charles C., y Hunter, John M.: «Disease and "development" in Africa», en: *Social Science and Medicine*, vol. 3, n.º 4, 1970, págs. 443-448.

48. Edward Kennedy no había propuesto aún que el Gobierno Federal actuase como agente de seguros para toda la nación, cubriendo todos los gastos médicos, odontológicos y psiquiátricos sin deducciones ni límites superiores, véase Kennedy, Edward M.: *In critical condition: the crisis in America's health care*. N.Y., Simon and Schuster, 1972, ni sus oponentes había presentado su propio proyecto de Organización de Mantenimiento de la Salud para todos los casos. Un resumen al respecto se encuentra en Roy, William R.: *The proposed health maintenance organization of 1972*. Washington, Science and Health Communication Group, Sourcebook Series, vol. 2, 1972.

49. Ehrenreich, Barbara y John: *The American health empire: power, profits and politics*. Informe del Health Policy Advisory Center. N.Y., Random House, 1970.

tación y de las condiciones de trabajo y que estos factores, con el desarrollo económico, fácilmente se convierten en peligros para la salud, especialmente la de los pobres.[50] Pero la gente todavía cree que la salud mejorará conforme aumente la cantidad gastada en servicios médicos, que sería mejor que hubiera más intervenciones médicas y que los médicos son los que mejor saben qué servicios debe haber.[51] La gente aún confía al médico la llave del botiquín y todavía cree valioso el contenido de éste, pero discrepa cada vez más acerca de la forma en que los médicos debieran estar organizados o controlados. ¿Debe pagarse a los médicos del bolsillo individual, mediante seguros o con impuestos? ¿Deben ejercer individualmente o en grupos? ¿Deben encargarse de mantener la salud o de repararla? Las normas de los centros de salud, ¿deben ser establecidas por especialistas o por la colectividad? En cada caso los partidos opuestos continúan persiguiendo el mismo objetivo: aumentar la medicalización de la salud, si bien por medios diferentes. Se culpa de las frustraciones actuales a la gran escasez y al tipo erróneo de controles públicos sobre médicos, investigaciones médicas, hospitales o seguros.[52]

50. Sobre la relación entre pobreza y mala salud en los Estados Unidos de América, véase Kosa, John *et al.* comps.: *Poverty and health a sociological analysis,* libro del Commonwealth Fund, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1969.

51. Strickland, Stephen P.: *U.S. health care: what's wrong and what's right.* N.Y., Universe Books, 1972, 127 págs. Un estudio de la opinión pública llega a la conclusión de que el 61 % de la población y el 68 % de los médicos en los Estados Unidos se dan cuenta de que se necesitan cambios fundamentales en la organización de la medicina de ese país. Los médicos ordenan así los problemas: alto costo de los tratamientos, escasez de médicos, litigios por mal ejercicio profesional que obstaculizan la acción médica, hospitalizaciones innecesarias, seguros limitados, esperanzas cada vez mayores y falta de instrucción del público. Para el público los problemas son la escasez de médicos, los seguros costosos y complicados, los tratamientos innecesarios y los médicos que se niegan a hacer visitas domiciliarias. La opción de reducir en su totalidad la medicalización ni siquiera se plantea en las preguntas ni en las respuestas.

52. Para verificar este resumen acerca de la tendencia general de la discusión, por lo menos en los Estados Unidos, consúltese Marien,

Mientras tanto, las esperanzas en total aumentan más rápidamente que los recursos de asistencia. Mientras más tratamientos se aplican, mayor es el sufrimiento total. El total de daños aumenta exponencialmente con el costo de la asistencia. Cada vez más pacientes se enteran por sus médicos de que han sido lesionados por medicaciones anteriores y de que el tratamiento que ahora se les administra está condicionado por las consecuencias de su tratamiento anterior, que en ocasiones fue aplicado con el propósito de salvar la vida y, mucho más frecuentemente, para reducir de peso o tratar la hipertensión, la influenza o una picadura de mosquito. Un alto funcionario del Departamento de Salud de los Estados Unidos de América declaró que el 80 % de todos los fondos encauzados por su oficina no proporcionaban beneficios demostrables para la salud, y que gran parte del resto se gastaba para corregir daños yatrogénicos. Los economistas podrían decir que las utilidades marginales decrecientes son insignificantes en comparación con las disutilidades marginalmente en aumento producidas por las actividades médicas. Pronto el paciente típico llegará a comprender que está obligado a pagar más, no simplemente por menos asistencia, sino por peores perjuicios, por un mal del que él es víctima, por la nociva «producción de salud», aunque todo sea bien intencionado. Por ahora cuando el sistema médico lesiona a las personas, todavía se considera que se trata de excepciones. Los ricos creen que han tenido mala suerte y los pobres que han sido tratados injustamente. Pero no pasará mucho tiempo antes que la mayoría de los pacientes advierta

---

Michael: «World institute guide to alternative futures for health», *A bibliocritique of trends, forecasts, problems, proposals, draft,* World Institute Council, N.Y., julio de 1973, que es una bibliografía anotada en la que se evalúan 612 libros, artículos e informes relacionados con la política sanitaria en sus dimensiones más amplias. La guía trata principalmente sobre publicaciones de los Estados Unidos acerca de asuntos norteamericanos publicados o reimpresos durante los diez últimos años. Respecto a Francia, consúltese Mathe, C. y G.: *La santé est-elle au-dessus de nos moyens?* París, Plon, 1970.

lo que las investigaciones epidemiológicas descubren:[53] en la mayor parte de los casos les habría ido mejor sufriendo sin recurrir a la medicina. Cuando este concepto se difunda, una súbita pérdida de confianza podría sacudir de manera irreparable a la actual empresa médica.

Durante los seis años últimos, han cambiado las actitudes de los estudiantes hacia sus maestros. Esto sucedió bastante repentinamente alrededor de 1968 cuando los estudiantes admitieron abiertamente entre ellos lo que siempre habían sabido: que aprendían de los libros, los compañeros, la rápida preparación para los exámenes y algún raro momento personal con un profesor, pero no del sistema derivado del plan de estudios. Desde entonces, muchos estudiantes se han hecho conscientemente refractarios al profesor como administrador de procedimientos de enseñanza. El profesor se dio cuenta de que había perdido su carácter respetable, excepto en las raras ocasiones en que dejaba su papel de burócrata. Por tanto, no es de sorprender que por lo menos en los Estados Unidos y en Francia haya aumentado enormemente la deserción entre los profesores.

Cuando se registre la crisis de confianza en el sistema médico, tendrá efectos más profundos que la crisis en el sistema escolar. Los estudiantes saben que algún día saldrán de la escuela, y cuanto más tarde con perspectivas más brillantes. En cambio, los pacientes pueden llegar a sentir que tal vez nunca puedan escapar de las manos de los médicos una vez iniciada

53. Dingle, John H.: «The ills of man», en: *Scientific American*, 229, n.º 3, 23 de septiembre de 1973, págs. 77 a 82. Las opiniones concuerdan en cuanto a la ineficacia de la medicina. Las dolencias del hombre se perciben y definen de manera diferente según la perspectiva del público en general, el médico, el paciente guiado por el médico y por los custodios de las estadísticas demográficas. Desde los cuatro puntos de vista la carga principal de las afecciones del hombre, por lo menos numéricamente, consta de enfermedades agudas, benignas, de curso limitado y definido. No obstante, conforme aumenta la longevidad, las enfermedades crónicas, degenerativas, pasan rápidamente a ser la causa dominante no sólo de defunción, sino también de invalidez. También sobre esto concuerdan los cuatro distintos públicos.

su carrera de enfermos. Los estudiantes que cínicamente acumulan certificados aumentan sus probabilidades en el mercado de trabajo, independientemente de lo poco que hayan aprendido. Los pacientes considerarán con toda razón que agregan a su afección inicial no sólo nuevas enfermedades sino también nuevos certificados que atestiguan su incompetencia para trabajar.

Actualmente ya es posible predecir esa crisis súbita en la conciencia de la salud. La vaga intuición de millones de víctimas de la asistencia médica requiere conceptos claros para constituir una fuerza poderosa. Sin una sistematización intelectual, el reconocimiento público de la medicina yatrógena podría conducir fácilmente a una ira impotente que acaso fuese encauzada por la profesión para robustecer más aún los controles médicos.[55] Pero si la experiencia de los daños ya realizados puede expresarse en categorías tan claras, bien fundadas y expuestas con sencillez que puedan ser útiles para la discusión política, podría dar a poblaciones enteras un valor renovado para recuperar aptitudes para la autoasistencia.

Las pruebas necesarias para enjuiciar a nuestro sistema mé-

55. Hoffman, Allan., y Inglis, David Rittenhouse: «Radiation and infants». Reseña de Sternglass, Ernst J.: «Low level radiation», en: *Bulletin of the Atomic Scientists*, diciembre de 1972, págs. 45 a 52. Los autores prevén la posibilidad de una inminente reacción anticientífica del público en general cuando llegue a difundirse el tipo de pruebas que proporciona Sternglass. El público puede llegar a considerar que se le ha adormecido con una sensación de seguridad por el optimismo infundado de los voceros de instituciones científicas por lo que respecta a la amenaza constituida por las radiaciones de baja intensidad. Los autores propugnan investigaciones de carácter normativo para prevenir esa reacción o para proteger a la comunidad científica contra sus consecuencias. Yo sostengo que una reacción contra la medicalización es igualmente inminente y que tendrá características que la distingan claramente de una reacción contra la tecnología de la alta energía. El público general podrá observar directamente los efectos de una sinergia de diversas pandemias yatrogénicas. Estas aparecerán en un tiempo mucho más breve que las consecuencias de los niveles mutagénicos de las radiaciones y afectarán la calidad de la vida del observador más que la de sus descendientes.

dico actual no son secretas; pueden encontrarse en prestigiadas revistas médicas y en trabajos de investigación.[56] Pero aún no se les ha dado un uso político porque no han sido reunidas debidamente, clasificadas con claridad y presentadas en términos no médicos. La primera tarea será la de indicar varias categorías de daños a la salud que se deben a formas específicas de medicalización. En cada uno de esos dominios de medicalización excesiva, la soberbia de los profesionales y la credulidad del público han alcanzado niveles negativos para la salud.

Dependencia de la atención médica

Una medida sencilla y evidente de la medicalización de la vida es la proporción creciente de los presupuestos nacionales que se gasta a instancias de los médicos. Los Estados Unidos de América gastan actualmente 90.000 millones de dólares al año en asistencia a la salud. Esta cantidad equivale al 7,4 % del producto nacional bruto.[57] Para asignar una cantidad creciente de las ganancias nacionales a la medicina, un país no tiene que ser rico. Nueva Guinea, Nigeria y Jamaica son países en los cuales la medicalización del presupuesto pasó recientemente del 10 %.

Durante los pasados veinte años, mientras el índice de precios de los Estados Unidos de América se elevó un 74 %, el costo de asistencia médica subió un 33 %.[58] La mayor parte

56. Brook, Robert: «Quality of care assessment: choosing a method for peer control», en: *New England Journal of Medicine*, vol. 288, 1973, págs. 1323 y sigs. Según el método, se consideró que habían recibido asistencia adecuada de 1,4 a 63,2 % de los pacientes.

57. Mawell, R.: *Health care: the proving dilemma; needs versus resources in Western Europe, the US and the USSR*, Dekinsey & Co., Nueva York, 1974.

58. Feldstein, Martin S.: «The medical economy», en: *Scientific American*, 229, n.º 3, septiembre de 1973, págs. 157 a 159, cree que el aumento fenomenal del costo de los servicios de salud de los Estados Unidos se debe a que en ese país se generaliza cada vez más el pago

del incremento se pagó mediante una carga tributaria más alta; mientras los desembolsos para pagar servicios de salud se elevaron tres veces, los gastos públicos en sanidad se elevaron exponencialmente. En buena proporción se enriquecieron con ello no sólo los médicos sino también los banqueros; los llamados costos administrativos en el negocio de los seguros han aumentado hasta el 70 % de los pagos hechos por los asegurados.

El índice de aumento puede explicarse por los costos crecientes de la asistencia hospitalaria. El costo de mantenimiento de un paciente durante un día en un hospital público en los Estados Unidos ha aumentado 500 % desde 1950. La factura por asistencia al paciente en los grandes hospitales aumentó con mayor rapidez aún: se triplicó en ocho años. Asimismo, los gastos administrativos fueron los que más subieron,

---

previo por los servicios sanitarios. Como resultado de ese pago previo, los hospitales se orientan hacia formas nuevas y cada vez más costosas de hacer las cosas, en lugar de proporcionar productos antiguos con más eficacia y menor costo. El cambio de productos más que la elevación de salarios, la mala administración o la falta de progresos tecnológicos ha provocado ese aumento. Una de las razones principales de ese cambio de productos es el aumento de cobertura de los seguros que induce a los hospitales a proporcionar más productos costosos que los que en realidad desea adquirir el consumidor. Los desembolsos directos de éste parecen ser cada vez más módicos, aunque el servicio ofrecido por el hospital sea de un costo continuamente creciente. De ese modo se autorrefuerza el alto costo de la asistencia hospitalaria. Cohen, Víctor: «More hospitals to fill: abuses grow», en: *Technology Review*, octubre-noviembre de 1973, págs. 14 a 16, se refiere a los recientes excesos de construcción de hospitales en los Estados Unidos y a sus efectos. Como las camas vacías en los hospitales modernos cuestan hasta el 66 % de las camas ocupadas, la ocupación de esas camas se convierte en un interés primordial de una administración creciente. A esto se agrega la duplicación de instalaciones y servicios y al derroche de equipos complejos en personas que no pueden usarlo. El personal especializado se va haciendo más escaso. Las normas médicas se hacen más laxas para mantener llenas las camas y la hospitalizción innecesaria conduce a la cirugía innecesaria. Véase también Lee, M. L.: «A conspicuous production theory of hospital behaviour», en: *Southern Economic Journal*, julio de 1971, págs. 48 a 58.

multiplicándose desde 1964 por un factor de siete, los gastos de laboratorio por un factor de cinco.[59] La construcción de un hospital cuesta actualmente más de 85.000 dólares, de los cuales dos tercios sirven para comprar equipo mecánico que en diez años se desecha o ya es superfluo. No existe precedente de una expansión análoga de un sector importante de la economía civil. Por consiguiente, suena irónico que durante este auge singular se haya presentado en los Estados Unidos otro hecho paralelo, también sin precedentes en ninguna sociedad industrial: la expectativa de vida para los norteamericanos adultos del sexo masculino disminuyó y se espera que se reduzca más aún.[60]

En Inglaterra, el Servicio Nacional de Salud garantizó que la misma clase de costo inflacionario sufriría menos por fraudes conspicuos. Una firme devoción por la igualdad evitó esas impresionantes y torpes adquisiciones de artefactos prestigiosos que han facilitado un punto de partida para la crítica pública en los Estados Unidos. Como la torpeza para asignar fondos se ha acompañado de tacañería en el Reino Unido, la crítica pública ha sido menos vívida. Aunque la expectativa de vida de los adultos en Inglaterra no ha disminuido aún, las enfermedades crónicas de los hombres maduros ya han mostrado un aumento semejante al observado un decenio antes al otro lado del Atlántico. En la Unión Soviética los médicos y los días de hospital *per capita* también se han elevado a más del triple y los costos

59. Knowles, John J.: «The hospital», en: *Scientific American*, 229, n.º 3, septiembre de 1973, págs. 128 a 137.

60. La tendencia no se limita a Norteamérica: Longone, P.: *Mortalité et morbidité*, véase la nota 1. Cuatro factores caracterizan la mortalidad y la morbilidad en Europa actualmente: la mortalidad de los adultos varones es estacionaria o aumenta; la duración de la vida de los hombres en comparación con la de las mujeres disminuye, los accidentes aumentan como causa de defunción, y las defunciones fetales y perinatales comprenden un 30 % de las concepciones. También hay una lamentable falta de investigaciones sobre este asunto. El número de accidentes por 100.000 habitantes no ha cambiado desde 1900, pero como han disminuido otras causas de defunción, aquéllos han adquirido más importancia.

han aumentado un 300 % en los últimos veinte años.[61] Todos los sistemas políticos generan la misma dependencia respecto de los médicos, aunque el capitalismo imponga un costo mucho más elevado.

Unicamente en China, por lo menos a primera vista, la tendencia parece seguir la dirección opuesta: la asistencia primaria es administrada por técnicos sanitarios no profesionales ayudados por aprendices que dejan sus trabajos habituales en la fábrica cuando se les llama para atender a un miembro de su brigada.[62] Pero en realidad la confianza de los chinos en la ideología del progreso tecnológico se refleja ya en los dominios profesionales de la asistencia médica. China posee no sólo un sistema paramédico, sino también personal médico cuyas normas han sido consideradas de máximo orden por sus colegas en todo el mundo. La mayoría de las inversiones durante años recientes se han aplicado a desarrollar más aún esta profesión médica extremadamente competente y muy ortodoxa; la «medicina descalza» está perdiendo cada vez más su carác-

61. Field, Mark: *Soviet socialized medicine,* N.Y., Free press, 1967.

62. Horn, Joshua: «Away with all pests. An English surgeon in people's China, 1954-1969», *Monthly Review Press,* 1969. Sidel, Victor: «The barefoot doctors of the people's Republic of China», en: *The new England Journal of Medicine,* 15 de junio de 1972. Sidel, Victor, y Sidel, Ruth: *The delivery of medical care in China.* La característica principal del sistema chino es una red integrada de estaciones vecinales que desempeñan las funciones de la medicina preventiva, la asistencia médica primaria y el envío a centros más grandes. En: *Scientific American,* vol. 230, n.º 4, abril de 1974, págs. 19 a 27. Seldon, Mark: «China: revolution and health», *Health/PAC Bulletin,* n.º 47, diciembre de 1972, 20 págs. (Publicado por Health Policy Advisory Center, 17 Murray Street, Nueva York, N.Y. 10007.) Djerassi, Carl: «The Chinese achievement in fertility control». Tal vez un tercio de las mujeres en edad de concebir está practicando el control de la natalidad, en: *Bulletin of the Atomic Scientists,* junio de 1974, págs. 17 a 24. Fogarty International Center, John E.: *A bibliography of chinese sources on medicine and public health in the People's Republic of China: 1960-1970.* Dhew Publication N.º (NIH) 73-439. Lin, Paul T. K.: «Medicine in China», en: *The Center Magazine,* mayo-junio, 1974. Liang, *et al.*: «Chinese health care. Determinants of the system», en: *American Journal of Public Health,* vol. 63, n.º 2, págs. 102 y sigs., febrero de 1973.

3. LA MEDICALIZACION COMO SUBPRODUCTO DE UNA SOCIEDAD SUPERINDUSTRIALIZADA

La medicalización de la vida no es sino un solo aspecto del dominio destructor de la industria sobre nuestra sociedad. La supermedicalización es un ejemplo particularmente penoso de sobreproducción frustrante. Comienza a hacerse evidente el peligro de la expansión exagerada, pero actualmente el reconocimiento de ese peligro se limita al crecimiento excesivo de las empresas industriales que transforman grandes cantidades de energía. La preocupación consiguiente respecto a los límites necesarios para impedir que continúe el crecimiento en el sector de bienes de la economía distrae la atención del peligro del crecimiento excesivo en el sector de los servicios. En efecto, en su mayoría los defensores de los límites al crecimiento propugnan que pasen los fondos y la mano de obra de la producción de artefactos a la educación, la salud y otras formas de asistencia social. Si se aceptaran sus recomendaciones solamente se lograría agravar la crisis actual.

Vivimos en una época en la que la enseñanza está programada, la residencia urbanizada, el tráfico motorizado, las comunicaciones canalizadas, y donde por primera vez casi un tercio de todos los víveres consumidos por la humanidad pasan por mercados interregionales. En esa sociedad superindustrializada, la gente está condicionada para obtener cosas y no para hacerlas. Desea ser enseñada, movida, tratada o guiada en lugar de aprender, curar y encontrar su propio camino. El uso transitivo del verbo «curar» es el que prevalece. «Curar»

deja de considerarse la actividad del enfermo y pasa cada vez más a ser el deber del médico .Pronto podrá convertirse de un servicio personal en el producto de una empresa. De ese modo, la medicalización excesiva y sus subproductos no deseados forman parte de una crisis profunda y general que afecta todas nuestras instituciones principales.

Las escuelas producen educación, los vehículos de motor producen locomoción y la medicina produce asistencia clínica. Estos productos de consumo general tienen todas las características de las mercancías. El costo total de un kilómetro pasajero, el costo total de la enseñanza en una escuela secundaria o el costo total de una colostomía son más o menos iguales tanto si llegan al consumidor en un mercado libre como en calidad de servicios públicos. Sus costos de producción pueden añadirse al producto nacional bruto o sustraerse de éste, su escasez medirse en términos de valor marginal y su costo establecerse en equivalentes monetarios. Vienen en *quanta* diferentes, dispuestos jerárquicamente, y el acceso al «paquete» superior y más costoso suele suponer que el consumidor ya ha obtenido acceso al sistema en un nivel inferior. Las universidades sólo admiten graduados de escuelas de segunda enseñanza, los hospitales regionales a personas enviadas por la clínica municipal y los asientos de avión para aquellos a quienes la colectividad también les proporciona transporte al aeropuerto. Unas cuantas personas obtendrán mucho más de una mercancía determinada que otras, no obstante que todos deben pagar la producción. La preparación de un médico peruano cuesta unas seis mil veces la mediana invertida en la enseñanza de un campesino peruano. Una vez que se ha gastado tanto en la instrucción de un hombre, su capital de conocimiento será valuado y protegido. Su participación en las existencias internacionales de conocimientos le dará derecho a cantidades igualmente desproporcionadas de viajes internacionales y de mantenimiento médico. Los productos industriales no sólo son envasados y envueltos; los grandes bultos también suelen llegar a unas cuantas direcciones, siempre las mismas. La educación escolar, el transporte motorizado y la asistencia

clínica son productos de un modo de producción a base del predominio del capital. Cada uno de esos productos compite con un valor de uso no comercializable que la gente siempre ha disfrutado de manera autónoma. La gente aprende viendo y haciendo; se mueve por sus propios medios, se cura, atiende su salud y la salud de los demás. La mayoría de los valores de uso producidos de ese modo resisten a la comercialización. La mayor parte del aprendizaje, la locomoción o la curación no aparecen en el producto nacional bruto. Son valores de uso y se encuentran distribuidos bastante uniformemente entre la población general. La gente aprende la lengua materna, se mueve con sus pies, produce sus hijos y los educa, recupera el uso de un hueso roto y prepara los alimentos locales, haciendo todas esas cosas con placer y competencia más o menos iguales. Todas esas actividades son valiosas aunque se limiten por sí mismas y en la mayoría de los casos no se realicen ni puedan realizarse por dinero.[114]

En el logro de cada uno de los más grandes objetivos sociales, esos dos modos de necesidad-satisfacción se complementaban uno al otro, pero en nuestros tiempos entran cada vez más en conflicto. Cuando la mayoría de las necesidades de la mayor parte de la gente se satisface en un modo de producción doméstico o comunitario, la brecha entre las expectativas y la satisfacción suele ser pequeña y estable. El aprendizaje, la locomoción o la asistencia de los enfermos son resultados de iniciativas altamente descentralizadas, de insumos autónomos y de productos totales autolimitantes. En esas condiciones de subsistencia, las herramientas empleadas en la producción de-

114. Chayanov, A. V.: *Theory of peasant economy*. Estudia la eficacia de la producción precapitalista. En 1966 Irwin ya había demostrado que «la intensidad de la producción está inversamente relacionada con la capacidad productiva». Analizando el modo doméstico de producción, Sahlins, Marshall: *Stone age economics*, Aldine, Chicago, 1972, dice: «Durante la mayor parte de la historia humana, el trabajo ha sido más importante que las herramientas, los esfuerzos inteligentes del productor más decisivos que su equipo sencillo». En la pág. 81 examina y cita en su apoyo pruebas de Marx, Karl: *Grundrisse*, 1857.

terminan las necesidades que la aplicación de esas mismas herramientas también pueden cubrir. Por ejemplo, la gente sabe lo que puede esperar cuando se enferma. Alguien en la aldea o en la población cercana conoce todos los remedios que han sido eficaces en el pasado, y fuera de esto se halla el dominio sobrenatural e imprevisible del milagro. Hasta fines del siglo XIX, la mayor parte de las familias, incluso en los países occidentales, administraban la mayoría de los tratamientos que se conocían. Casi todo el aprendizaje, la locomoción o la curación eran actos que practicaba cada hombre por sí mismo o en su familia o ambiente de la aldea.

La producción autónoma puede complementarse con productos industriales. Puede hacerse más eficaz y más descentralizada utilizando herramientas fabricadas industrialmente como bicicletas, libros o antibióticos. Pero también puede ser obstaculizada, devaluada y bloqueada por un reordenamiento de la sociedad totalmente en favor de la industria. Ese reordenamiento tiene dos aspectos: se prepara a la gente para consumir y no para actuar, y al mismo tiempo se restringe su radio de acción. La estructura del instrumento enajena al trabajador de su haber. Los pasajeros habituales se sienten frustrados cuando sus bicicletas son apartadas del camino y los pacientes disciplinados cuando los remedios de la abuela sólo pueden obtenerse por prescripción. Las relaciones salario-trabajo y cliente se agrandan al mismo tiempo que se debilitan la producción autónoma y las relaciones desinteresadas.[115]

El alcanzar objetivos sociales eficazmente depende del grado en que esos dos modos de producción se complementan o se obstaculizan uno al otro. Llegar a conocer verdaderamente un ambiente físico y social dado y controlarlo depende de la educación de la gente y de la oportunidad y motivación que tenga para aprender por su cuenta. El tráfico eficaz depende de la capacidad de la gente para llegar a donde tiene que ir rápida y cómodamente. La asistencia eficaz al enfermo depen-

115. Sahlins, Marshall, *ibid.*s «The spirit of the gift», págs. 149 y sig.; véase también la nota 114.

de del grado en que se hacen tolerables el dolor y la disfunción y en que se acelera el restablecimiento. La satisfacción eficaz de esas necesidades debe distinguirse claramente de la eficiencia con que se hacen y se comercializan los productos industriales. Los criterios para evaluar la satisfacción eficaz de una necesidad no corresponden a las mediciones utilizadas para evaluar la producción y la comercialización de bienes industriales.

Cuando el modo industrial de producción se extiende dentro de una sociedad, las mediciones aplicadas a su crecimiento tienden a descuidar los valores producidos por el modo autónomo.[116] Las estadísticas de alfabetización señalan la cantidad de personas que han recibido enseñanzas en serie en la escuela, no el número de los que han aprendido a leer con maestro o por sí mismos, y mucho menos el de los que en realidad leen por placer. La gente que va en los autobuses mexicanos ilustra este punto. Los profesionales no viajan en ellos. Algunos de los que viajan y leen son estudiantes. Pero la mayoría de los adultos que leen con atención concentrada se sumergen en una clase singular de libro o folleto: una revista de historietas instructiva y política como *Los Agachados* o *Los Supermachos*, o bien una de tipo más sentimental. En su abrumadora mayoría son personas que no han ido a la escuela o que no han terminado los seis años de escolaridad obligatoria. En los cuadros estadísticos figuran como analfabetos. Las estadísticas no indican quién aprende más y quén aprende menos. Del mismo modo, las estadísticas de tráfico dan kilómetros por pasajero. A veces indican residencia, ingresos, tamaño del vehículo y edad. Pero las estadísticas de tráfico no dicen quién camina más ahora y quién camina menos; no nos señalan quién es un esclavo y quién es el amo del tráfico.

Como las mediciones hacen caso omiso de las contribucio-

116. Esas mediciones fueron creadas especialmente durante la generación pasada. Véase Spengler, Joseph: «Quantification in economics: its history, en: Lerner, Daniel, comp.: *Quantity and Quality*, The Hayden Colloquium on Scientific Method and Concept, Free Press, 1959, págs. 129-211.

nes realizadas por el modo autónomo de vida hacia la eficacia total con que habrá de alcanzarse todo objetivo social importante, no pueden indicar si esa eficacia total aumenta o disminuye. Mucho menos pueden indicar las mediciones técnicas quiénes son los beneficiarios y quiénes los perjudicados por el crecimiento industrial. Quiénes son los pocos que obtienen más y pueden hacer más, y quiénes entran en la mayoría cuyo acceso marginal a los productos industriales se mezcla con su pérdida de eficacia autónoma.[117]

Lógicamente, los más dañados no son los más pobres en términos monetarios. En México o la India, los pobres han aprendido a sobrevivir adaptándose a sus circunstancias y pueden lograrlo porque su ambiente no les impide todavía valerse por sí mismos. Los más lesionados son ciertos tipos de consumidores para quienes el anciano de los Estados Unidos puede servir como paradigma. Han sido adiestrados para experimentar necesidades urgentes que no es posible atender con ningún nivel de privilegio relativo; al mismo tiempo, su capacidad para atenderse por sí solos se ha debilitado, y las medidas sociales que permiten esa autonomía prácticamente han desaparecido. Son ejemplos de la pobreza moderna creada por el excesivo crecimiento industrial.

En los Estados Unidos, los ancianos son un buen ejemplo aunque extremo del aumento de sufrimiento promovido por la inhabilitación que crece con el gasto en favor de ellos. Habiendo aprendido a considerar la edad avanzada análoga a la enfermedad, adquieren necesidades económicas ilimitadas pagando tratamientos interminables comúnmente ineficaces, frecuentemente degradantes y dolorosos, y que a menudo imponen el restablecimiento en un medio especial.

Cinco rasgos de la pobreza industrialmente modernizada aparecen como caricaturas en los amables tugurios que sirven de retiro de los hombres ricos: primero, la incidencia de en-

117. Sobre la sociedad ineficaz, véase también: Schwartz, Eugene S.: *Overskill; the decline of technology in modern civilization,* Chicago, Quadrangle Books, 1971.

fermedades crónicas aumenta conforme mueren menos personas en la juventud; segundo, más personas sufren lesiones clínicas que medidas de salud; tercero, los servicios médicos crecen más lentamente que la difusión y la urgencia de la demanda; cuarto, la gente encuentra menos recursos en su ambiente y cultura que puedan ayudarla a avenirse con su sufrimiento y, por tanto, se ve obligada a depender de los servicios médicos para atender una variedad más amplia de problemas triviales, y quinto, la gente ha perdido la capacidad de adaptarse a impedimentos o dolores y se ha hecho dependiente del manejo de cada «molestia» por medio de especialistas. El resultado acumulativo de la excesiva expansión en la industria de la asistencia a la salud ha frustrado el poder de la gente para afrontar problemas y adaptarse a cambios de sus cuerpos o modificaciones del ambiente. Esta pérdida de autonomía se refuerza más aún por un prejuicio político. La política de la salud invariablemente coloca el mejoramiento de la asistencia médica por encima de los factores que mejorarían y pondrían en un plano de igualdad la capacidad para autoasistencia moderna.

Actualmente el prejuicio político concentra la crítica de los radicales en cinco defectos de la industria médica. Primero, la produción de remedios y servicios ha acabado por servir sus propios intereses. Grupos políticos de consumidores «debieran» obligar a los médicos a mejorar su servicio. Segundo, la distribución de remedios y el acceso a servicios son desiguales y arbitrarios; dependen del dinero y la categoría del paciente, o de un prejuicio social en favor de tratar las enfermedades del corazón y no en vez del hambre. La nacionalización de todos los servicios «debiera» controlar la mano oculta del clínico. Tercero, la organización del gremio médico perpetúa la ineficacia y los privilegios e impone el perjuicio de una sola escuela de médicos sobre toda una sociedad. Este último es un cuarto defecto que como los anteriores «debiera» remediarse mediante una mayor participación de los profanos en la selección de candidatos a las escuelas de medicina y en la elaboración de políticas médicas. Finalmente, la medicina

actual se preocupa principalmente por individuos enfermos y no por la salud de las poblaciones. Casi siempre se propone cada vez más mecanización de la salud. Los remedios políticos para esos defectos tienen una cosa en común: tienden a reforzar más aún la medicalización. Sólo una reducción considerable del total de la producción médica podría fomentar la autonomía de la asistencia a la salud y a los enfermos y, de este modo, hacerla eficaz.

ter sustitutivo, semi-independiente y se está integrando en un sistema unitario de asistencia a la salud. Tras una breve luna de miel con una desprofesionalización radical de la asistencia a la salud, el sistema de envío de casos desde el vecindario hasta diversos tipos de hospitales cada vez más complejos ha crecido a velocidad notable. Creo que este desarrollo de un aspecto técnico-profesional de la asistencia médica en China tendría que limitarse conscientemente a muy corto plazo para que pueda continuar siendo un factor complementario de equilibrio y no un obstáculo a la autoasistencia de alto nivel.

La proporción de la riqueza nacional que se encauza hacia los médicos y se gasta bajo su control varía de un país a otro y abarca de un décimo a un vigésimo de todos los fondos disponibles. Esto significa que el gasto médico *per capita* varía por un factor hasta de 1000: desde unos 320 dólares en los Estados Unidos hasta 9,60 dólares en Jamaica y 0,40 dólares en Nigeria.[63] La mayor parte de ese dinero se gasta en todas partes en el mismo tipo de cosas. Pero cuanto más pobre es el país, más elevado tiende a ser el precio por unidad. Las modernas camas de hospital, las incubadoras, el equipo de laboratorio o los pulmones artificiales cuestan más en Africa que en Alemania o en Francia, donde se construyen; se deterioran más fácilmente en los trópicos, donde es difícil darles servicio, y tienen que dejar de usarse con más frecuencia. Lo mismo ocurre con la inversión en la formación de médicos que utilizan ese equipo obtenido con fuertes inversiones de capital. La preparación de un cardiólogo representa una inversión de capital comparable, tanto si procede de un sistema escolar socialista como si es el primo de un industrial del Brasil enviado con una beca gubernamental a estudiar en Alemania. Cuanto más pobre es el país, mayor es la concentración de gastos médicos crecientes. Pasado cierto punto, que puede variar de un país a otro, el tratamiento intensivo del paciente requiere la concentración de grandes sumas de fondos públicos

63. Bryant, John H.: *Health and the developing world.* Ithaca, Londres, Cornell Univ. Press, 1971.

para proporcionar a unos cuantos los dudosos privilegios que confieren los médicos. Esa concentración de recursos públicos es obviamente injusta cuando la capacidad para pagar una pequeña fracción del costo total del tratamiento es una condición para obtener el resto suscrito mediante fondos de tributación. Evidentemente hay una forma de explotación cuando un 80 % de los costos reales de las clínicas particulares en los países pobres de América Latina se pagan mediante los impuestos recaudados para la formación de médicos, la operación de ambulancias, el costo y el mantenimiento del equipo médico. En los países socialistas, el público otorga únicamente a los médicos la facultad de decidir quién «necesita» ese tipo de tratamiento y de reservar el costoso apoyo público para aquellos en quienes experimentan o practican. El reconocimiento de la capacidad del médico para identificar necesidades únicamente amplía la base desde la cual pueden vender los médicos sus servicios.[64]

Sin embargo, este favoritismo consagrado profesionalmente no constituye el aspecto más importante de la mala asignación de fondos. La concentración de recursos en un hospital de cancerología en São Paulo puede privar a docenas de aldeas del Mato Grosso de toda perspectiva de contar con una pequeña clínica, pero no socava la capacidad de la gente para asistirse a sí misma. El apoyo público a una adición nacional a relaciones terapéuticas es patógeno en un nivel mucho más profundo, pero esto en general no se reconoce. Más daños a la salud causa la creencia de la gente de que no puede afrontar las enfermedades sin las medicinas modernas y sin los médicos que imponen sus atenciones a los pacientes.

Los manuales que tratan de la yatrogénesis se concentran muy primordialmente en la variedad clínica. Reconocen al médico como agente patógeno junto con cepas resistentes de bacterias de hospital, plaguicidas tóxicos y automóviles mal cons-

64. Fuchs, Victor: «The contribution of health services to the American economy», en: *Milbank Memorial Fund Quarterly*. Vol. XLIV, 4, Parte II, octubre 1966, págs. 65-103.

truidos. Aún no se ha reconocido que la proliferación de instituciones médicas, independientemente de cuán seguras sean y bien construidas estén, desencadena un proceso patógeno social. El exceso de medicalización cambia la capacidad de adaptarse en una disciplina pasiva de consumidores médicos.

Una analogía con el sistema de transportes tal vez aclare los peligros de la medicalización excesiva que tan claramente se reflejan en el presupuesto. Es indudable que los automóviles son peligrosos. Matan más de un cuarto de los que mueren en los Estados Unidos entre la niñez y los 60 años de edad. Si los conductores fueran mejor adiestrados, las leyes mejor aplicadas, los vehículos mejor construidos y las carreteras mejor planificadas, menos personas morirían en automóviles. Lo mismo podría decirse acerca de los médicos: son peligrosos. Si los médicos estuvieran organizados de manera diferente, si los pacientes fueran mejor educados por ellos, para ellos y con ellos, si el sistema hospitalario estuviera mejor planificado, los accidentes que actualmente resultan del contacto entre las personas y el sistema médico podrían reducirse.

Pero la razón por la cual los transportes de alta velocidad producen accidentes en la actualidad es más profunda que la clase de automóviles que maneja la gente e incluso más profunda que la decisión de depender para la locomoción principalmente de los automóviles y no de autobuses o trenes. No es la elección del vehículo sino la decisión de organizar la sociedad moderna alrededor de un transporte de alta velocidad lo que convierte a la locomoción de una actividad saludable en una forma insalubre de consumo. Por bien construido que esté el vehículo o por bien programado que esté el aterrizaje, en algún punto de la aceleración, el ritmo de la máquina destruirá el ritmo de la vida. En un punto dado de aceleración, las cosas y las personas sujetas a ellas comienzan a moverse en un continuo tiempo-espacio mecanizado que es biológicamente antitético a aquel en que ha evolucionado el animal humano. Cuanto más apresurado se vuelve un mundo apiñado, más alta tiene que ser la incidencia de traumatismos consecutivos a encuentros malsanos, separaciones violentas y restric-

ciones enervantes. Los vehículos se vuelven insalubres cuando obligan a la gente a acelerar. No es su construcción específica ni la elección de un automóvil particular de preferencia a un autobús público que hace malsano el transporte, sino su propia velocidad y la intensidad de su uso.

Este aspecto insalubre de la aceleración del tráfico generalmente no se toma en consideración cuando se examinan los peligros del tráfico para la salud. En una bibliografía de *Traffic Medicine*[65] que contiene 6000 títulos, no encontré uno solo relacionado con la influencia de la aceleración sobre la salud. Lo mismo puede decirse acerca de las bibliografías sobre enfermedades yatrógenas. Más de 1000 títulos se incluyen cada año bajo este tema en el Standard Index Medicus. Las personas con inclinaciones hacia lo grotesco tal vez disfruten la lectura de los sangrientos detalles pero no encontrarán mención alguna del efecto negativo para la salud de una dependencia cada vez mayor respecto de la asistencia médica.

La proliferación de agentes médicos es insalubre no única ni primordialmente a causa de las lesiones específicas funcionales u orgánicas producidas por los médicos, sino a causa de que producen dependencia. Y esta dependencia respecto de la intervención profesional tiende a empobrecer los aspectos no médicos — saludables y curativos — de los ambientes social y físico, y tienden a reducir la capacidad orgánica y psicológica del común de las gentes para afrontar problemas. Los apartamentos modernos son cada vez más inadecuados para los enfermos, y los miembros de la familia generalmente se asustan ante la idea de que se les pueda pedir que atiendan a sus propios enfermos.[66]

65. Hoffman, Herman: *Ausgerählte internationale Bibliographic 1952-1963 zur Verkehrsmedizin.* Munich, Lehman, 1967.

66. La medicalización de la asistencia tiene una influencia profunda sobre la estructura del espacio contemporáneo hecho por el hombre. El imperio de las profesiones de la salud está aglutinado dentro de la sociedad moderna. Esto se demostrará en el libro de Roslyn Lindheim de próxima publicación (Calder and Boyars, 1975). Por el momento, consúltese: Lindheim, Roslyn: *New environment for births.* Manus-

Dependencia de los medicamentos

No se necesitan médicos para fomentar la adición a la medicina. Los países pobres que no pueden permitirse una amplia dependencia respecto de profesionales, producen no obstante enfermedades por el uso compulsivo de medicamentos recetados. Hace veinte años las farmacias mexicanas vendían la mitad de las variedades de medicamentos que había en los Estados Unidos. En 1962, la ley norteamericana que ordenó que los medicamentos tenían que ser de eficacia comprobada y no sólo seguros sometió a cierto control la proliferación de medicinas. En México hay actualmente cuatro veces más medicamentos a la venta que en los Estados Unidos: se hallan en el comercio unos 16.000 artículos diferentes y su envase carece de descripción. Hace diez años, cada medicamento venía envasado con un prospecto descriptivo escrito en el lenguaje de los médicos e inútil para la mayoría que tenía que confiar en su intuición. Pero los medicamentos eran escasos y la gente pobre; en su mayoría todavía iban a el herbolario. Hoy en día los medicamentos son más abundantes, más eficaces y más peligrosos, y la gente que gana un poco más ha aprendido a sentirse avergonzada de su confianza en los herbolarios y las normas dietéticas de los aztecas. El prospecto ha desaparecido y ha sido sustituido por una frase que es idéntica en los frascos de insulina, vitaminas y pastillas para dormir o controlar la natalidad: «úsese únicamente por prescripción y bajo la vigilancia médica». Por supuesto, ese consejo es simplemente un gesto piadoso porque no hay médicos suficientes en México para prescribir antibióticos en cada caso de salmonelosis, ni farmacias que insistan en vender bajo prescripción. Con la aparición de agentes químicos eficaces, la función del médico

---

crito en CIDOC, 1971. *Humanization for medical care: and architect's view*. Tercer borrador. 1.º de abril de 1974. *Environments for the elderly. Future-oriented design for living?*, 20 de febrero de 1974, edición multicopiada.

en los países en desarrollo se vuelve cada vez más trivial; la mayor parte del tiempo se limita a prescribir sin exámenes clínicos.[67] El médico llega a sentirse inútil aun en su trivial función porque sabe que la gente usará cada vez más el mismo tipo de medicamento no sólo sin exámenes sino también sin la aprobación del médico. A medida que los medicamentos pasan a ser cada vez más instrumentos legal y técnicamente reservados al médico, la gente es más propensa a dañarse médicamente con esos fármacos, con o sin prescripción. La medicalización de un fármaco en realidad la hace más peligrosa. La cloromicetina es un buen ejemplo: durante un decenio fue recetada contra la tifoidea en condiciones en las que era imposible vigilar las reacciones sanguíneas del paciente y, como consecuencia, la anemia aplástica se hizo bastante común. Al mismo tiempo, la falta de una advertencia clara sobre los peligros de los medicamentos indujo a la gente a usarlos por su propia cuenta incluso cuando otro tratamiento pudo haber sido igualmente eficaz. De ese modo, médicos y pacientes colaboraron en la creación de cepas de bacilos tifoídicos resistentes al medicamento, que actualmente se difunden desde México al resto del mundo.[68]

El Dr. Salvador Allende, finado presidente de Chile que también era médico, ha sido hasta ahora el único hombre de estado latinoamericano que ha tratado de limitar el abuso progresivo de los medicamentos.[69] Propuso que se prohibiera la

67. Aldama, Arturo: «Establecimiento de un laboratorio farmacéutico nacional», en: *Higiene,* Organo Oficial de la Sociedad Mexicana de Higiene. Vol XI, n.º 1, enero-febrero de 1959.

68. Schreier, Herbert, y Berger, Lawrence: «On medical imperialism». Una carta en: *Lancet,* 1974, vol. 1, pág. 1161. «A instancias de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, Parke Davis insertó advertencias estrictas acerca de los peligros y frases de precaución sobre las indicaciones para el uso del medicamento en los Estados Unidos de América. Las advertencias no se hicieron extensivas al mismo medicamento vendido en el extranjero.»

69. Waitzkin, Howard, y Modell, Hilary: «Medicine, socialism and totalitarianism: Lesson from Chile», en *New England Journal of Medicine,* 291:171-177, 1974.

importación de nuevos medicamentos en Chile a menos que hubieran sido primero probados en el público norteamericano durante seite años por lo menos sin haber sido retirados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. También propuso una reducción de la farmacopea nacional a unas cuantas docenas de productos, más o menos los mismos que lleva cada «médico descalzo» chino. La gran mayoría de médicos chilenos se opusieron a la propuesta de su presidente; muchos de la minoría que trataron de traducir sus ideas en programas prácticos fueron asesinados durante la semana que siguió al golpe de estado de los generales de 11 de septiembre de 1973.[70]

El consumo excesivo de *drogas médicas* no se limita a zonas donde los médicos son escasos. En los Estados Unidos, los productos que actúan sobre el sistema nervioso central son los que se difunden con mayor rapidez en el mercado farmacéutico y comprenden un 31 % del total de las ventas.[71] La dependencia

70. Jonsen, Albert, *et al.*: «Doctors in Politics: a lesson from Chile», en: *New England Journal of Medicine,* 29 de agosto de 1974, págs. 471 y 472. «Los médicos identificaron y denunciaron a los colegas que consideraban políticamente inaceptables. En todo el país se hicieron listas que tal vez hayan dado por resultado la muerte de unos 15 médicos. Casi 300 médicos fueron detenidos y encarcelados durante largos períodos sin formular cargos contra ellos. Muchos fueron maltratados físicamente. El Servicio Nacional de Salud tiene todavía listas que contienen los nombres de 2.100 miembros del personal de salud, de los cuales 130 son médicos. Su porvenir profesional es sumamente dudoso. Probablemente 250 médicos han huido de Chile desde el golpe de estado porque sus opiniones políticas son consideradas inaceptables.»

71. Goddard, James L.: «The medical business», en: *Scientific American,* 229, n.º 3, septiembre de 1973, págs. 161 a 166. Goddard presenta buenos gráficos y diagramas que muestran las ventas de medicamentos bajo receta y sin receta en los Estados Unidos, clasificados por categorías desde 1962 a 1971; un desglose de las ventas calculadas en dólares en 1968 respecto de 17 prominentes empresas farmacéuticas, la introducción de nuevos medicamentos, combinaciones y formas de dosificación desde 1958 hasta 1972. También identifica 8 clases de medicamentos bajo prescripción. Unicamente dentro de la categoría de «drogas del sistema nervioso» hay más de 1.000 millones por año. Otras tres categorías tenían cada una aproximadamente 500.000 millones y en

respecto de los tranquilizantes recetados se ha elevado en un 29 % desde 1962, período durante el cual el consumo *per capita* de licor sólo aumentó un 23 % y el consumo calculado de opiáceos ilegales, un 50 %.[72] La toxicomanía medicalizada superó a todas las formas de consumo de drogas por opción propia.

El exceso de prescripciones en las economías capitalistas[73] es un argumento favorito de las personas que desean corregir los errores de la medicina mediante controles públicos de la industria farmacéutica sobre los médicos. Según esos críticos, la práctica de administrar fármacos sin discernimiento en los Estados Unidos o en Francia puede explicarse por la presión que ejercen las compañías farmacéuticas sobre los clínicos abrumados por el trabajo. Señalan que los médicos de los Estados Unidos reciben su adiestramiento práctico más intensivo de los agentes de la industria química. En cada uno de los 350.000 médicos en ejercicio, la industria gastó 4.500 dólares en 1972

---

cuatro categorías hubo menos de 350 millones. Las recetas *per capita* aumentaron un 150 % en 10 años. Levinson, Charles: *Valium zum Beispiel. Die multinationalen Konzerne der pharmazeutischen Industrie.* Rowohlt Taschenbuch, 1974. Levinson ha reunido datos sobre políticas de fijación de precios y comercialización en la industria farmacéutica. Yurick, Sol: The political economy of junk», en: *Monthly Review,* diciembre de 1970, págs. 22 a 37. Yurick ha indicado en primer término que las drogas que producen hábito han generado una enorme infraeconomía en la cual el gobierno gasta muchas veces más que los toxicómanos.

72. National Commission on Marijuana and Drug Abuse: *Marijuana: a signal of misunderstanding.* Primer informe de la Comisión. Washington, U.S. General Printing Office, 1972, 2 vols. Nunca se ha puesto el informe a la disposición del público. Al parecer llega a la conclusión de que el aumento del alcoholismo es el problema más grave por lo que respecta a las toxicomanías.

73. Balter, Mitchell, *et al.*: «Cross-national study of the extent of antianxiety/sedative drug use, en: *New England Journal of Medicine,* 4 de abril de 1974, págs. 769 a 774, muestra que hay una gran uniformidad en cuanto a esta práctica en los Estados Unidos y en nueve países de Europa.

por concepto de publicidad y promoción.[74] Pero, de manera sorprendente, el uso *per capita* de tranquilizantes recetados por médicos está en correlación con la renta *per capita* en todo el mundo, incluso en países socialistas, donde la actualización de la enseñanza médica no puede atribuirse a la «publicidad» de la industria privada. El médico trabaja cada vez más con dos grupos de toxicómanos: en uno receta medicamentos que forman hábito, y en el otro se encarga de atender personas que sufren las consecuencias de haberse drogado.[75] Cuanto más rica es la colectividad, mayor es el porcentaje de sus pacientes que pertenecen simultáneamente a los dos grupos.[76]

Medicalización de la vida

La medicalización de la vida se manifiesta como la intrusión de la asistencia a la salud en el presupuesto, la dependencia respecto de la atención profesional y como el hábito de consumir medicamentos; también se manifiesta en la clasificación yatrogénica de las edades del hombre. Esta clasificación llega a formar parte de una cultura cuando la gente acepta como verdad trivial que las personas necesitan atenciones médicas sistemáticas por el simple hecho de que van a nacer, están recién nacidas, en la infancia, en su climaterio o en edad avanzada. Cuando esto ocurre, la vida se convierte de una su-

74. Perkanen, John: *The American conection,* Follet Publishing Co., Chicago, 1973, informa sobre los costos de la publicidad en las compañías farmacéuticas norteamericanas.

75. Freedman, Alfred, M.: «Drugs and society: an ecological aproach», en: *Comprehensive Psychiatry,* vol. 13, n.º 5, septiembre-octubre, 1972, págs. 411-420.

76. Fundación Ford: *Dealing with drug abuse: a report to the Ford Foundation.* N.Y., Praeger, 1972. Este trabajo llega a la conclusión de que inevitablemente habrá drogas potencialmente toxicomanígenas en variedades crecientes. Los intentos por suprimir esas sustancias o reprimir su uso no autorizado no puede menos de aumentar la violencia provocada por las drogas, mientras que su prescripción aumentará inevitablemente las posibilidades de su uso indebido.

cesión de diferentes etapas de salud en una serie de períodos cada uno de los cuales requiere distintos tratamientos. Entonces cada edad demanda su propio ambiente salutífero: de la cuna al sitio de trabajo, al asilo de jubilados y a la sala de casos terminales. En cada lugar la gente tiene que seguir una rutina médica especial. Esta especialización degrada la calidad del hogar, de la escuela, de la calle, y de la plaza del mercado. El médico comienza a apoderarse de la vida con el examen prenatal mensual, cuando decide cuándo y cómo habrá de nacer el feto; termina con su decisión de suspender las actividades de resurrección. El ambiente llega a considerarse como un útero mecánico y el profesional de la salud como el burócrata que asigna a cada quien su lugar adecuado.

La carga principal de padecimientos humanos, por lo menos desde el punto de vista numérico, está constituida por enfermedades agudas y benignas, que por sí solas siguen un curso definido que tiene su propio límite o que se limitan por unas cuantas docenas de intervenciones rutinarias. Toda enfermedad tiene en gran medida su propia evolución definida y limitada.[77] En cuanto a gran número de afecciones, probablemente las que reciben menos tratamiento sean las que evolucionen mejor. Con gran frecuencia, lo mejor que puede hacer un médico escrupuloso es dar a su paciente el consuelo de que puede vivir con su impedimento, tal vez tranquilizarlo con la idea de que acabará por recuperarse, hacer lo que su abuela habría hecho por él y, por lo demás, dejar que la naturaleza siga su curso. El hecho de que la medicina moderna haya adquirido gran eficacia para síntomas específicos no significa que haya llegado a ser más beneficiosa para la salud del enfermo.

Esto, que es cierto respecto de estados identificados hace mucho tiempo como enfermedades, por ejemplo, la influenza, el reumatismo y muchas enfermedades tropicales, es más cierto aún respecto de estados que apenas recientemente han sido puestos bajo el control médico. La vejez, por ejemplo, no es

77. Ginzberg, Eli: *Men money and medicine,* N.Y. Columbia University Press, 1969.

una enfermedad en el sentido indicado, pero recientemente ha sido medicalizada. El promedio de duración de la vida ha aumentado. Sobreviven muchos más niños, aunque en gran proporción enfermizos y necesitados de asistencia institucional especial. Ha aumentado la expectativa de vida de los adultos jóvenes, no obstante el alto índice de accidentes mortales, porque sobreviven a neumonías y otras infecciones. Pero la duración máxima de la vida no ha cambiado en lo absoluto. Los viejos se hacen cada vez más propensos a enfermedad. Por muchas medicinas que consuman, cualquiera que sea la asistencia que se les preste, la expectativa de vida a los 65 años ha permanecido prácticamente sin modificación durante los últimos cien años. La medicina no puede hacer mucho por las enfermedades asociadas a la vejez, y menos aún actuar sobre el proceso mismo del envejecimiento. No puede curar las enfermedades cardiovasculares, la mayoría de los cánceres, la artritis, la cirrosis avanzada ni el catarro común.[78] Es verdad que a veces puede atenuarse algo del dolor que sufren los viejos. Pero desgraciadamente, la mayoría de los tratamientos para los ancianos que necesitan atención profesional no sólo suelen aumentar sus dolores, sino que, cuando son eficaces, también los prolongan.[79] Con frecuencia el apoyo a un siste-

78. Exton-Smith, A. N.: «Terminal illness in the aged», en *Lancet*, 2, 1961, pág. 305. En la unidad geriátrica estudiada, 82 % de los pacientes con enfermedades mortales murieron durante los tres meses siguientes a su ingreso.

79. Con frecuencia, los sanatorios y las casas de reposo alivian el dolor acortando la vida: Jutman, David: «The hunger of old men», en: *Transaction*, 12 de noviembre de 1971, págs. 55 a 66. La mortalidad durante el primer año para los que viven en un hogar de ancianos es significativamente más elevada que la mortalidad de los que permanecen en su ambiente habitual. Patton, R. G., y Gardner, L. I.: *Growth failure in maternal deprivation*. Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1963. Parece que algunos viejos eligen el asilo de ancianos para acortar sus vidas: Markson, Elizabeth: «A hiding place to die», en: *Transaction*, 12 de noviembre de 1972, págs. 48 a 54. La separación de la familia y el restablecimiento en una institución es un factor que contribuye a la aparición de enfermedades graves como asma, cáncer, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus, lupus eritematoso di-

ma vital hace destacar una afección más delicada o dolorosa.

El 10 % de la población de los Estados Unidos tiene más de 65 años. En esa minoría se gasta el 28 % de la asistencia sanitaria. Lo que es más, esa minoría supera en crecimiento al resto de la población con un índice anual de 3 %, mientras que el costo *per capita* de su atención se eleva a razón de 5 a 7 % más rápidamente que la asistencia general *per capita.*[80] A causa de esta medicalización de las edades y paralelamente con ello hay una disminución de oportunidades para envejecer con independencia. La reinterpretación de la vejez como «problema» geriátrico ha colocado al anciano en calidad de minoría que debe sentirse penosamente privado de los elementos indispensables en cualquier plano de privilegio relativo.[81] Lo que ha hecho la medicalización a la edad avanzada lo hace también con igual eficacia a las embarazadas, las personas dependientes de la heroína o la metadona, las menopáusicas o

---

seminado, hemorragias uterinas funcionales, enfermedad de Raynaud, artritis reumatoide, tirotoxicosis, tuberculosis y colitis ulcerativa. Véase la bibliografía sobre cada una de ellas en Bakan, David: *Disease, pain and sacrifice. Toward a psychology of suffering.* Boston, Beacon Press, 1971. A menudo la enfermedad desencadenada por la separación o relacionada con ésta tiene una tasa de mortalidad superior a la media

80. Forbes, W. H.: «Longevity and medical costs», en: *New England Journal of Medicine,* 13 de julio de 1967. Morison, Robert S.: «Dying», en: *Scientific American,* 229, n.º 3, septiembre de 1973.

81. Beauvoir, Simone de: *La vieillesse.* Gallimard, 1970. Sobre la sociología del envejecimiento y la bibliografía correspondiente, véase Birren, James E.; Talmon, Yonina, y Cheit, Earl F.: «Ageing. 1. Psychological aspects. II. Social aspects. III. Economic aspects, en: *International Encyclopedia of Social Sciences,* 1968, Vol. 1, págs. 176-202. Roehlau, Volkmar, comp.: «Wege zur Erforschung des Alterns», volumen 189 en: *Wege der Forschung,* Wissenschaftliche Buchegesellschaft, 1973. Una selección representativa de 30 recientes contribuciones alemanas a la geriatría. Amery, Jean: *Uber das Altern. Revolte und Resignation,* Stuttgart, Ernst Klett Verlag, 1968. Una fenomenología excepcionalmente sensible del envejecimiento. Guillemard, Anne-Marie: *La retraite une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite,* París, Mouton, 1972. Estudio socioeconómico que demuestra que la discriminación por clases sociales se acentúa en la jubilación.

los alcohólicos. Todos ellos forman una clientela especial y a menudo pasan de un especialista a otro. La aceptación pública de la clasificación yatrogénica multiplica pacientes con mayor rapidez que la que los médicos o las drogas emplean en medicalizarlos.

En los países pobres, la medicalización de las edades del hombre suele llamarse eufemísticamente el «proceso de modernización».[82] En 1960, el 96 % de las madres chilenas daban el pecho a sus niños hasta después del primer año. En 1970 sólo el 6 % procedía de esa manera y únicamente el 20 % amamantaba a sus hijos hasta dos meses completos. Las chilenas pasaron por un período de intenso adoctrinamiento político de los partidos, tanto de los socialistas cristianos de derecha como de los izquierdistas. Esta modernización ha dado como resultado que el 84 % del potencial de leche humana quede sin producirse. Se necesitaría la leche de unas 32.000 vacas chilenas para compensar esa pérdida, que fue el resultado de un nuevo interés para la salud de la madre y por el acceso del niño a una fórmula completa aprobada por el médico.[83] Al convertirse el biberón en un símbolo de prestigio se hizo necesaria una nueva atención médica, porque aparecieron nuevas enfermedades en los niños privados del pecho y las madres carecían de competencia para atender niños que no se comportaban como los alimentados de pecho.[84]

82. Berg, Alan: *The nutrition factor: its role in national development*, Washington, Brookings Institution, 1973. Un niño alimentado al pecho durante los dos primeros años de su vida recibe el equivalente nutricional de 461 cuartos de galón de leche de vaca, que cuesta el equivalente del ingreso medio anual de un hindú.

83. De un estudio que se halla en los archivos de CIDOC.

84. El tipo de la malnutrición moderna en todo el mundo se refleja en las dos formas que adopta la malnutrición infantil: mientras el paso del pecho al biberón introduce a los niños chilenos a una vida de desnutrición endémica, el mismo paso inicia a los bebés británicos en una vida de sobrealimentación patológica; véase: Oates, R. K.: «Infante feeding practices», en: *British Medical Journal*, 1973, 2, páginas 762 a 764.

Medicalización de las medidas preventivas

A medida que el tratamiento curativo ha ido concentrándose cada vez más intensamente en afecciones para las que resulta ineficaz, costoso y doloroso, se ha puesto de moda la prevención de las enfermedades mediante la intervención de personal para conservar el organismo. Tras la asistencia a los enfermos, la asistencia a la salud se ha convertido en una mercancía, en algo que se obtiene en lugar de algo que se hace. Cuanto más alto es el sueldo que paga la compañía o más elevada la categoría de un *aparatchnik,* más se gastará en mantener bien aceitada esa valiosa pieza de la maquinaria. El consumo de atención a la salud es el nuevo símbolo de prestigio de la clase media. Hoy día la gente se mantiene a la altura de sus vecinos con igual número de «check-ups»: la palabra inglesa «check-up» forma parte actualmente del vocabulario habitual en francés, servio, español, malayo y húngaro. La extensión del control profesional sobre la atención de personas sanas es otra expresión de la medicalización de la vida. Las personas se han vuelto pacientes sin estar enfermas.[85] La medicalización de la prevención es un cuarto síntoma importante de la yatrogénesis social.

En el último decenio, una serie de médicos proclamó una revolución en la medicina mediante nuevos métodos de mantenimiento profesional de la salud para las masas. Obtuvieron apoyo no sólo de ancianos estadistas, sino también de los líderes con gran adhesión popular que estaban envidiosos de un

85. Dupuy, Jean-Pierre: *Relations entre dépenses de santé, mortalité,* París, Cerebe, abril de 1973. «El concepto de morbilidad simplemente se ha extendido y se aplica a situaciones que nada tienen que ver con la morbilidad en el sentido estricto sino únicamente con la probabilidad de que pueda aparecer esa morbilidad en un tiempo dado... el paciente que consulta a su médico acerca de una situación que parece ser anormal está "enfermo" en la misma medida que el paciente que consulta a su médico acerca de un síntoma que es morboso en el sentido estricto de la palabra», pág. 31.

privilegio reservado hasta entonces a los ricos. Se pusieron de moda las consultas prenatales mensuales, junto con clínicas para niños sanos, exámenes escolares[86] y en campamentos y sistemas médicos previamente pagados para proporcionar tanto diagnósticos precoces como tratamientos preventivos.[87]

Algunos ven como panacea el desarrollo de exámenes de personas sanas por medios multifásicos y automatizados. Este procedimiento puede realizarse a un costo sorprendentemente bajo por técnicos no profesionales. Pretende ofrecer a millones de personas una detección de necesidades terapéuticas ocultas, más refinada aún que la que podían obtener en los años sesenta unas cuantas personas muy «valiosas» en Houston o en Moscú. La falta de estudios bajo control al estrenar estos exámenes ha permitido a los vendedores de prevención fomentar expectativas sin fundamento. Apenas recientemente se han realizado bajo control estudios comparativos de grupos de población atendidos con el servicio de mantenimiento y el diagnóstico precoz. Hasta ahora, una revisión de dos docenas de estudios muestra que esos procedimientos de diagnóstico, incluso cuando han ido seguidos por tratamientos médicos de alta calidad, no influyen sobre la expectativa de vida.

La verdad es que el diagnóstico precoz transforma a personas que se sienten sanas en pacientes ansiosos.[88] Para comenzar, algunos procedimientos diagnósticos presentan riesgos graves. El cateterismo cardíaco, para determinar si algún paciente sufre alguna cardiomiopatía, prueba que desde luego no se practica sistemáticamente, mata a una de cada 50 personas

86. Yankauer, Alfred, y Lawrence, Ruth A.: «A study of periodic school medical examinations», en: *American Journal of Public Health*, 45, enero de 1955, págs. 71 a 78. No indica tener un valor significativo.

87. Wylie, C. M.: «Participation in a multiple screening clinic with five year folow-up», en: *Public Health Reports*, 76, julio de 1961, páginas 596-602. Indica resultados desalentadores.

88. Siegel, G. S.: «The uselessness of periodic examination, en: *Archives of Environmental Health*, 13 de septiembre de 1966, págs. 292 a 295. Clote, Paul D.: *Automated multiphasic health testing*. Una evaluación. Estudio independiente con John McKnigth, Northwestern University, 1973. Reproducido en CIDOC *Antología A8*, Cuernavaca, 1974.

en las que se ejecuta.[89] Se realiza a un costo de 350 dólares por paciente, aunque no se ha presentado prueba alguna hasta ahora de que un diagnóstico diferencial fundado en sus resultados aumente ni la expectativa de vida ni la comodidad del enfermo. La mayoría de las pruebas son menos mortíferas y muchas sirven para orientar la elección del tratamiento, pero cuando se asocian con otras, cada una tiene mayor poder de dañar que cualquiera por sí sola. Incluso cuando las personas quedan ilesas tras un diagnóstico de laboratorio positivo, han corrido un riesgo muy alto de ser sometidas a tratamientos odiosos, dolorosos, invalidantes y costosos. Irónicamente, las graves afecciones asintomáticas que sólo pueden descubrirse con este tipo de exámenes frecuentemente son enfermedades incurables en las que el tratamiento precoz agrava el estado físico del paciente.

La práctica rutinaria de exámenes para el diagnóstico precoz en grandes poblaciones garantiza al científico médico una base amplia para seleccionar los casos que mejor encajen en los medios de tratamiento existentes o que son más eficaces para lograr objetivos de investigación, ya sea que los tratamientos curen, rehabiliten, alivien o no lo hagan. En ese proceso se robustece la creencia de la gente de que son máquinas cuya duración depende de visitas al taller de mantenimiento, y están obligadas a pagar las investigaciones de mercado y las actividades de venta de la institución médica.

La medicalización de las actividades preventivas fomenta la confusión entre la prevención y el seguro. Sólo cuando una cosa no tiene otro valor que su equivalente en dólares puede aplicarse la definición de «seguro» que da un diccionario norteamericano, según el cual «nos aseguramos para protegernos contra pérdidas». En realidad, ninguna compañía de seguros pue-

89. Ese procedimiento es tan informativo como la lectura de la presión arterial de un paciente una vez en su vida, o el análisis de su orina una vez cada veinte años. Esa práctica es ridícula, absurda e innecesaria y carece en lo absoluto de valor para el diagnóstico o el tratamiento. Pappworth, Maurice: «Dangerous head that may rule the heart», en: *Perspective*, págs. 47 a 70.

de protegernos contra la pérdida del automóvil, la casa, la salud o la vida. El agente de seguros no puede evitar la destrucción de ninguna de esas cosas; todo lo que puede ofrecer es el pago de una suma determinada si sufrimos una pérdida. La conducción del automóvil no es más segura porque se pague la prima. Aunque tuviera fundamento el mito de que los tratamientos médicos costosos pueden devolver la salud o prolongar la vida, los seguros no pueden proteger contra la enfermedad ni la muerte. No obstante, como lo demuestra un estudio realizado en Chicago, cuantos más años de escuela han absorbido las personas en la escuela, más intensamente defienden la tesis de que su salud está mejor si se aseguran.[90]

La atención eficaz de la salud depende de la autoasistencia: actualmente se proclama este hecho como si fuera un descubrimiento. Pero, de igual modo, el descubrimiento precoz de esas pocas enfermedades degenerativas en las que el paciente podría encontrar alivio como resultado de la intervención médica temprana, depende en la mayoría de los casos del reconocimiento del propio paciente de un síntoma probable de gravedad. Los exámenes médicos programados anualmente para detectar la mayoría de los cánceres incipientes llegan demasiado tarde porque están excesivamente espaciados.[91] Las personas a quienes sus médicos les dicen que tienen el corazón en buenas condiciones y con ello se sienten animadas a proseguir un ritmo malsano de vida probablemente sean más numerosas que las personas a quienes les ayuda el consejo de su médico cuando se hallan en dificultades. La medicalización del diagnóstico precoz no sólo obstaculiza y desalienta medidas de asistencia preventiva, sino que además prepara al futuro paciente para funcionar mientras tanto como acólito de su médico.[92]

90. Comunicación personal de John McKnight sobre una encuesta en Northwestern University, en Evanston, III.

91. Véase la nota 82, Clote, Paul D.

92. Cooper, Joseph: «A non-physician looks at medical utopia», en: *Journal of American Association,* 29 de agosto de 1966, págs. 105 a 107, formula en estilo periodístico las consecuencias del programa médico fundamental en una sociedad de sistemas, donde el servicio total

Aprende a depender del médico en la enfermedad y en la salud. Se convierte en un paciente a lo largo de toda la vida.

Medicalización de expectativas

Como cualquier otra industria en crecimiento, el sistema de salud dirige sus productos adonde la demanda parece ser ilimitada: en la defensa contra la muerte. La medicalización de los principales rituales constituye un quinto síntoma importante de la yatrogénesis social. Un porcentaje creciente de fondos procedentes de nuevos impuestos se destina a medios tecnológicos para prolongar la vida de pacientes en estado terminal.[93] En Inglaterra, los «consultores» correspondientes seleccionan santurronamente uno de cada cinco enfermos de insuficiencia renal y lo condicionan para desear el raro privilegio de morir en prolongada tortura con diálisis. Durante el tratamiento, se invierten mucho tiempo y esfuerzos para prevenir el suicidio en el curso del primer año y a veces en el segundo que el riñón artificial llega a agregar a la vida de los pacientes.[94]

También las unidades de tratamiento intensivo para cardíacos son otros inventos muy ostensibles pero sin ventaja alguna comprobada para atender a los enfermos. Requieren tres veces el equipo y cinco veces el personal necesario para

---

de salud podría llegar a ser la principal actividad de un país dirigido desde dentro. Equiparando al hombre estadístico con los hombres biológicamente singulares, se crea una demanda insaciable de recursos finitos. El individuo queda subordinado a las mayores necesidades del conjunto. Los procedimientos preventivos llegan a hacerse obligatorios, y el derecho del paciente a dar su anuencia para su propio tratamiento se retira cada vez más frente al argumento de que la sociedad no puede permitirse la carga de procedimientos curativos más costosos.

93. Para la bibliografía respectiva, véase la nota 227.

94. Calland, G. H.: «Iatrogenic problems in end stage renal failure, en: *New England Journal of Medicine*, 287-334, 1972. Es el relato autobiográfico de un médico en ese tratamiento terminal.

la atención normal de los pacientes. Actualmente, en los Estados Unidos el 12 % de todas las enfermeras tituladas trabajan en esas unidades hospitalarias. El equipo se ha convertido en símbolo internacional del progreso pacífico desde que Nixon y Brejnev acordaron cooperar para dominar el espacio, el cáncer y las cardiopatías. La vistosa asistencia es financiada, como las liturgias de antaño, mediante impuestos, regalos y sacrificios.[95] Se han utilizado muestras tomadas al azar en gran escala para comparar las tasas de mortalidad y de recuperación de los pacientes atendidos en estas unidades con las de pacientes que han recibido tratamiento en el hogar. Las primeras no han demostrado ventaja alguna hasta ahora. Los propios pacientes que han sufrido infartos cardíacos suelen manifestar su preferencia por la atención en el hogar. El hospital les asusta, y en una crisis preferirían estar más cerca de las personas que conocen. Su intuición se ha confirmado en cuidadosas observaciones estadísticas.[96] Muy comprensiblemente, algunos pacientes internados en esas unidades sufren psicosis agudas.

95. Las razones de profunda raigambre para que exista esa tortura en nuestra sociedad tendrían que buscarse en una necesidad simbólica más que en una médica o simplemente económica. Hentig, Hans von: *Vom Ursprung der Henkersmahlzeit,* Tubingen, Mohr, 1958, es un estudio enciclopédico del desayuno del condenado a muerte en muy diversas culturas. Existe una necesidad profundamente sentida de prodigar favores a las personas que van a morir bajo el control público. Generalmente adopta la forma de una comida abundante. En nuestro siglo frecuentemente se ha reducido a un último cigarrillo. El soldado moderno, entrenado para matar más que para luchar, es el primer verdugo que no afronta a su víctima como persona. El tratamiento terminal se ha despersonalizado en la guerra tanto como en la medicina. La ejecución ritual de una sentencia a muerte podría adoptar no sólo la forma de homicidio judicial sino también la de suspensión de la asistencia terminal. En ese caso, el suntuoso tratamiento del comatoso toma el lugar del desayuno para el condenado a muerte.

96 Mather, H. G.: Pearson, N. G.; Read, K. L. G., *et al.:* «Acute myocardial infarction: home and hospital treatment», en: *British Medical Journal,* 3, 1971, págs 334-338. Lockwood, Howard J., *et al.:* «Effects of intensive care on the mortality rate of patients with myocardial infarctions», en: *Public Health Reports,* 78, agosto de 1963, págs. 655-661.

La fascinación del público por los «adelantos médicos», la asistencia con alta tecnología y la muerte bajo control médico es un quinto síntoma de la intensa medicalización de nuestra cultura. Puede comprenderse mejor como una profunda necesidad de curas milagrosas. La medicina de alta tecnología es el elemento más solemne en un ritual que celebra y refuerza el mito según el cual los médicos luchan heroicamente contra la muerte.[97] La buena disposición del público para financiar esas actividades corresponde a una necesidad de contar con las funciones no tecnológicas de la medicina.[98]

La intervención técnica en la constitución física y bioquímica del paciente o de su ambiente no es, ni ha sido nunca, la única función de las instituciones médicas. La aplicación de remedios, eficaz o no, en manera alguna es la única forma de mediar entre el hombre y su enfermedad. La magia, o la curación mediante la influencia del ceremonial, es ciertamente

97. Se está haciendo muy común el temor a una muerte no medicalizada. En la mayor parte de los países occidentales, las defunciones en hospital, que constituían un tercio del total de defunciones después de la primera guerra mundial, forman actualmente más de dos tercios. La gente suele pensar que tiene una alta probabilidad de pasar por un período prolongado en el hospital antes de morir, y que así se reducirá su sufrimiento. No existen pruebas en apoyo de esta creencia. Hinton, John: *Dying,* Penguin Books, 1974. En los hospitales universitarios estudiados por el autor, el 10 % de los internados con un padecimiento que habría de ser mortal fallecieron durante su primer día en el hospital, 30 % murieron en el curso de una semana, 75 % en un mes y casi todas (97 %) las defunciones se registraron en un lapso de 3 meses. El 40 % de todas las defunciones, excepto por cáncer, ocurrieron durante los siete días siguientes a la entrada del paciente al hospital. En hogares para moribundos, 56 % murieron durante la primera semana de su ingreso.

98. Powles, John. Véase la nota 48. Una proporción grande y creciente de la masa contemporánea de enfermedades es producida por el hombre; no es mucho lo que progresa como estrategia la intervención mediante aparatos en las personas enfermas. Sólo puede explicarse que se insista en ese proceder si sirve para finalidades no técnicas. Los rendimientos decrecientes dentro de la medicina constituyen una manifestación concreta de una crisis más amplia en la relación del hombre industrial con su ambiente.

una entre varias importantes funciones que ha desempeñado la medicina. La magia surte efectos porque coinciden las intenciones del paciente y del mago.[99]

La medicina religiosa es algo diferente. Las grandes religiones siempre han proporcionado el apoyo social de la resignación ante la desgracia ofreciendo una lógica y un estilo para dignificar el sufrimiento. Por ejemplo, el sufrimiento puede explicarse como karma acumulado durante una encarnación anterior, o puede hacerse valioso interpretándolo como una estrecha asociación con el Salvador de la Cruz. Una tercera función importante, no técnica, de los procedimientos médicos, es la preparación de la colectividad para manejar al enfermo. Puede atenuarse el sufrimiento del enfermo asignando un papel activo a los miembros de la colectividad. Las culturas donde se ha desarrollado bien la compasión para el infortunado, la hospitalidad para el inválido y la tolerancia para el demente, pueden, en gran medida, integrar en la vida diaria a los enfermos.

Entre esas múltiples funciones de la medicina, una ha eclipsado recientemente a todas las demás. Es el intento de tratar todas las enfermedades mediante intervenciones ingenieriles. Paradójicamente, cuanto más se concentraba la atención en el dominio técnico de la enfermedad, mayores se hacían las funciones simbólicas y no técnicas ejecutadas por la tecnología médica. Batas blancas, ambientes antisépticos, ambulancia y seguros vinieron a desempeñar funciones mágicas y simbólicas influyendo sobre la salud. La impresión de símbolos, mitos y rituales sobre la salud es diferente del efecto de los mismos procedimientos en términos simplemente técnicos. Una inyección de penicilina, innecesaria o nociva, puede sin embargo tener un poderoso efecto de placebo. A medida que los medi-

99. Goode, William J.: «Religion and magic», en: *Religion among the primitives*, Free Press, 1951, págs. 50-54. La magia se diferencia de la religión porque es una relación especial más concreta, manipuladora, un tanto impersonal, entre un curandero que monta el escenario y determinados individuos que obtendrán provecho de participar en el ritual que el primero dirige.

camentos han aumentado en eficacia, sus efectos secundarios simbólicos se han hecho abrumadoramente malsanos. En otras palabras, la tradicional magia blanca médica que apoyaba los propios esfuerzos del paciente se ha vuelto negra. En lugar de movilizar las facultades de autocuración del enfermo, la moderna magia médica convierte a éste en un espectador débil y perplejo.

Todos los rituales tienen una características fundamental en común: aumentan la tolerancia para la incongruencia cognoscitiva. Los que participan en un ritual llegan a ser capaces de combinar una esperanza irreal con una realidad indeseable.[100] Por ejemplo, las personas que con regularidad y durante largos períodos participan en los rituales de la enseñanza escolar tienden a aceptar el mito social de que la nación-estado proporciona oportunidades iguales a sus ciudadanos, mientras al mismo tiempo en cada momento aprenden a qué clase precisa de ciudadanos pertenecen. Cuantas más escuelas haya en una sociedad, más personas llegarán de alguna manera a creer en el progreso, aunque se haya demostrado que el principal efecto de la escuela sea la producción de una mayoría de desertores.[101] De manera análoga, los rituales de la asistencia médica harán creer a la gente que su salud se beneficia con el tratamiento, aunque en realidad el resultado sea que disminuya la capacidad de la mayor parte de la gente para afrontar la adversidad.

Por casualidad me hallaba tanto en Río de Janeiro como en Lima cuando el Dr. Christian Barnard visitó esas ciudades; en ambos lugares pudo llenar el principal estadio de fútbol dos veces en un día con multitudes que aclamaban histéricamente su macabra pericia para intercambiar corazones humanos. Los milagrosos tratamientos médicos impresionan a todo el mundo, su efecto alienante llega a personas que no tienen

100. Gluckman, Max: *Politics, law and ritual in tribal society*, Aldine, 1965. Turner, Victor M.: *The ritual process. Structure and anti-structure*, Londres, Penguin Books, 1969

101. Illich, Iván: «Ritualización del progreso», en: *La sociedad desescolarizada*, Barcelona, Barral editores, S. A., 1973, págs. 51 a 73.

acceso a una clínica de barrio, y mucho menos a un hospital. Les proporciona una garantía abstracta de que la «ciencia» está realizando «progresos» que algún día también ellas aprovecharán. Poco después vi pruebas bien documentadas de que la policía brasileña ha sido hasta ahora la primera en usar equipo y técnicas para prolongar la vida en la cámara de tortura. Inevitablemente, cuando la asistencia o la curación se transfieren a organizaciones o máquinas, el tratamiento se transforma en un ritual centrado en la muerte.

Se insultaría al curandero llamándolo ancestro del médico moderno. En realidad es el ancestro de todos nuestros profesionales modernos. Combinaba y trascendía funciones que actualmente se consideran técnicas, religiosas, jurídicas y mágicas. Hemos perdido el término para designar a un personaje tan complejo.[102]

Las sociedades modernas se engañan creyendo que las ocupaciones pueden especializarse a voluntad. Los profesionales suelen actuar como si los resultados de sus acciones pudieran limitarse a las que tienen un efecto operacionalmente verificable. Los médicos curan, los profesores enseñan, los ingenieros transportan personas y cosas. Los economistas proporcionan una explicación más unitaria de las acciones de los especialistas considerándolos a todos ellos como «productores». Han impuesto en los miembros de las profesiones liberales la noción de ser una especie de «trabajadores» a menudo contra su propia voluntad. En cambio, hasta ahora los sociólogos no han logrado que esos mismos profesionales se den cuenta igualmente de la función común ritual y mágica que desempeñan. Así como todos los trabajadores contribuyen al crecimiento del producto nacional bruto, todos los especialistas generan y sostienen la ilusión del progreso.

Ya sea que lo intenten o no, los médicos contemporáneos ejercen como sacerdotes, magos y agentes del orden político establecido. Cuando un médico extirpa las adenoides de un

102. Ackernecht, Erwin H.: «Problems of primitive medicine», en: *Bulletin of the History of Medicine*, XI, 1942, págs. 503-521.

niño, lo separa por un tiempo de sus padres, lo expone a técnicos que emplean un lenguaje técnico extraño, le infunde la idea de que unos desconocidos pueden invadir su cuerpo por razones que sólo ellos conocen, y le hace sentirse orgulloso de vivir en un país donde el seguro social paga esas iniciaciones médicas a la vida.[103]

Cuando los médicos se establecieron fuera de los templos en Grecia, la India o China, comenzaron a reclamar un poder racional sobre la enfermedad y dejaron la cura milagrosa a los sacerdotes y reyes. Siempre se han atribuido facultades curativas a las autoridades religiosas y civiles. La casta que gozaba del favor de los dioses podía invocar su intervención en sus santuarios. Hasta el siglo XVIII el rey de Inglaterra imponía sus manos cada año sobre algunos de los enfermos a quienes no habían podido curar los médicos. Los epilépticos cuyos males resistían a Su Majestad recurrían al poder curativo que emanaba del contacto con las ejecuciones.[104] La mano que empuñaba el cuchillo tenía poder para exorcisar no sólo al enemigo sino también a la enfermedad. Actualmente la medicina institucionalizada ha reclamado el derecho de practicar curas milagrosas. Nuestros curanderos contemporáneos insisten en mantener su autoridad sobre el paciente incluso cuando la etiología es incierta, el pronóstico desfavorable y el tratamien-

103. De 90 % a 95 % de todas las amigdalectomías practicadas en los Estados Unidos son innecesarias, y sin embargo 20 a 30 % de todos los niños sufren esa operación. Uno de cada mil muere directamente como consecuencia de la operación, 16 de cada mil sufren complicaciones graves por la misma causa. Todos pierden valiosos mecanismos inmunitarios. Contra todos se emprende una agresión emocional encarcelándolos en un hospital, separándolos de sus padres y sometiéndolos a la dependencia de la crueldad injustificada y excepcionalmente pomposa del orden médico establecido. Véase Lipton, S. D.: «On psychology of childhood tonsillectomy», en: *Psychoan. Stud. child.*, 17 (1962), páginas 363-417. Reimpreso en CIDOC *Antologia A8.* Véase también Branson, Roy: «The doctor as high priest», en: *Hastings Center Studies,* 1973.

104. Danckert, Werner: *Unehrliche Leute. Die verfehmten Berufe,* Berna, Francke Verlag, 1963.

to de carácter experimental. La promesa de milagros médicos es su mejor defensa contra el fracaso, puesto que los milagros pueden esperarse pero, por definición, no pueden garantizarse. De este modo, en nuestra cultura medicalizada los médicos han expropiado de sacerdotes y gobernantes la práctica de los profusos rituales por cuyo medio se han proscrito las enfermedades. Los «adelantos» médicos sirven para recuperar por lo menos una parte de las funciones de curanderos en favor del médico moderno. Cuando se exhíben en la televisión, las ostentosas hazañas médicas sirven como danzas propiciatorias para millones y como liturgias en las cuales las esperanzas reales de una vida autónoma se transmutan en la falsa idea de que los médicos proporcionarán a la humanidad una especie siempre novedosa de salud.

Las mayorías de pacientes

La multiplicación ilimitada de tipos de enfermos es el sexto síntoma de la yatrogénesis social. Las personas que tienen aspecto extraño o se comportan de manera rara amenazan a toda sociedad hasta que sus rasgos poco comunes han sido denominados formalmente y su comportamiento excepcional ha sido catalogado dentro de un papel predeterminado. Al asignarles un nombre y un papel, esos misteriosos y perturbadores seres extravagantes, se convierten en categorías bien definidas y establecidas. En las sociedades industriales el anormal tiene derecho a un consumo especial. La clasificación médica ha aumentado el número de personas con situación especial de consumidores a tal punto que las que carecen de etiquetas con orientación terapéutica han llegado a ser excepciones.

En toda sociedad hay agentes que desempeñan la tarea de identificar la naturaleza de la desviación: deciden si el miembro está poseído por un espíritu, dirigido por un dios, infectado por un tóxico, castigado por sus pecados o ha sido la víctima de la venganza de un enemigo, un brujo. Los agentes que hacen esta clasificación pueden ser autoridades jurídicas,

religiosas, militares o médicas; en las sociedades modernas pueden ser también educadores, trabajadores sociales o ideólogos del partido. Catalogando a los extravagantes, la autoridad los coloca bajo el control del lenguaje y las costumbres, y los convierte de una amenaza en un apoyo del sistema social. Una vez que se ha afirmado que un epiléptico está dominado por el alma de una persona fallecida, cada ataque que sufre confirma la teoría y todo comportamiento extraño que manifieste la demuestra sin lugar a dudas. La clasificación extiende el control social sobre las fuerzas de la naturaleza, reduciendo la ansiedad de la sociedad.

La definición de las desviaciones varía de una cultura a otra. Cada civilización hace sus propias enfermedades.[105] Lo que es enfermedad en una podría ser delito, santidad o pecado en otra. La reacción ante el excéntrico varía también de una cultura a otra. Por el mismo síntoma puede expulsarse a un hombre mediante la muerte, el exilio, la exhibición, la cárcel o el hospital, o bien puede considerársele con derecho a un respeto especial, a recibir limosna o dinero de impuestos.[106] Se podría obligar a un ladrón a usar ropas especiales, sufrir una pena o perder sus dedos, o bien someterlo a tratamiento mágico o técnico en la cárcel o en una institución para cleptómanos.

En los años cincuenta, especialmente en los Estados Unidos de América, la categoría de enfermo llegó a identificarse casi totalmente con la función de paciente. Se exoneraba a la persona enferma de casi toda responsabilidad en relación con su enfermedad. No se le podía reclamar por haberse enfermado ni se esperaba que tuviese la capacidad de recuperarse por sí misma. Su impedimento la excusaba de cumplir con obligaciones y funciones sociales y la eximía de participar en actividades normales. Se le adjudicaba el papel de anormal legiti-

105. Troels, Lund: *Gesundheit und Krankheit in der Anschauung alterzeiten,* Leipzig, 1901. Uno de los primeros estudios sobre los límites cambiantes de la enfermedad en las diferentes culturas.

106. Sigerist, Henry E.: *Civilization and disease,* University of Chicago Press, 1970.

mado; se toleraba la exención de sus responsabilidades habituales mientras considerase su enfermedad como un estado indeseable y buscara la ayuda técnica del sistema de asistencia a la salud. Conforme a este «modelo de enfermedad» de mediados del siglo descrito por Talcott Parsons, la enfermedad imponía las obligaciones de someterse al servicio de reparaciones de los médicos a fin de volver a trabajar lo más pronto posible y se declaraba al trabajador incapaz de restablecerse por sí solo. Identificando el papel de enfermo con el papel de paciente, la enfermedad se ha industrializado.[107] El «papel de enfermo» parsoniano convino a la sociedad moderna únicamente mientras los médicos actuaron como si el tratamiento fuese habitualmente eficaz, y el público general estuviera dispuesto a compartir esa optimista opinión. La categoría de enfermo de mediados del siglo ya no es adecuada para describir lo que ocurre en un sistema médico que pretende tener autoridad

107. Para la historia del concepto de categoría de enfermo, véase: Malinowski, Bronislav: *Magic, science and religion and other essays,* N. Y., Doubleday, Anchor, 1954 (orig. 1925), que destacaba los motivos morales y religiosos subyacentes a la explicación de la enfermedad en todas las culturas. Henderson, Lawrence J.: «Physician and patient as a social system», en: *New England Journal of Medicine,* Vol. 212, 1935, págs. 819-823, fue uno de los primeros en indicar que el médico exonera al enfermo de la responsabilidad moral por su enfermedad. Parsons, Talcott: «Illness and the role of the physycian», (orig., 1948), en: Kluckhorn, Clide, y Murray, Henry, comps.: *Personality in nature, society and culture.* Edición revisada Knopf, 1953, que contiene la formulación clásica de la moderna categoría de enfermo, casi exenta de moralidad. Fox, René: *Experiment perilous. Physicians and patients fascing the unknown,* Glencoe, Ill., Free Press, 1959, estudia enfermos en estado terminal que han dado su consentimiento para ser utilizados como sujetos de experimentos médicos. No obstante la explicación lógica y racional sobre sus enfermedades que predomina alrededor de ellos, también se aferran a sus padecimientos en términos religiosos, cósmicos y especialmente morales. Robinson, David: *The process of becoming ill,* Londres, Routledge and Kegan Paul, 1971, rechaza la idea de que la presentación de síntomas al profesional constituya el punto reconocido en que comienza la enfermedad. Ese es el punto en que el enfermo se convierte en paciente. La mayor parte de las personas no son pacientes, la mayor parte del tiempo que se sienten enfermas.

sobre personas que aún no están enfermas, personas que razonablemente no puede esperarse que se restablezcan, y personas para quienes los médicos no tienen un tratamiento más eficaz que el que podrían ofrecer las esposas o las tías de los enfermos.

Actualmente la función del médico se ha vuelto confusa.[108] Las profesiones de la salud han llegado a amalgamar los servicios clínicos, la ingeniería de salud pública y la medicina científica. El médico trata con clientes que simultáneamente desempeñan diversos papeles durante cada contacto que tienen con la institución sanitaria. Se convierten en pacientes a quienes la medicina examina y repara, en ciudadanos administrados cuyo comportamiento saludable orienta una burocrática médica, y en conejillos de Indias en los que constantemente experimenta la ciencia médica. El poder asclepiádeo de otorgar el papel de enfermo se ha disuelto por las pretensiones de prestar asistencia sanitaria universal. La salud ha dejado de ser un don innato que se supone en posesión de todo ser humano mientras no se demuestre que está enfermo, y se ha convertido en la promesa cada vez más distante a la que tiene uno derecho en virtud de la justicia social.

La aparición de una profesión conglomerada de la salud ha hecho infinitamente elástica la función de paciente. El certificado médico de enfermedad ha sido sustituido por la suposición burocrática del administrador de la salud que clasifica a las personas según el grado y clase de sus necesidades terapéuticas. La autoridad médica se ha extendido a la asistencia supervisada de la salud, la detección precoz, los tratamientos preventivos y cada vez más al tratamiento de los incurables. El público reconoció este nuevo derecho de los profesionales sanitarios a intervenir en las vidas de las personas en interés de su propia salud. En una sociedad enferma el ambiente se modifica de tal manera que durante la mayor parte

108. Christie, Nils: «Law and medicine: the case against role blurring», *Law and Society Review*, 5 (3), febrero de 1971, págs. 357-366. Un estudio sobre el caso del conflicto entre dos imperios profesionales monopolistas.

del tiempo la mayoría de las personas pierden su capacidad y su voluntad de autosuficiencia y finalmente dejan de creer que sea factible la acción autónoma. Anteriormente la medicina moderna sólo había controlado el tamaño del mercado ahora este mercado ha perdido todo límite. Las personas no enfermas han llegado a depender de la asistencia profesional en aras de su salud futura. El resultado es una sociedad morbosa que exige la medicalización universal y una institución médica que certifica la morbilidad universal.[109]

En una sociedad morbosa predomina la creencia de que la mala salud definida y diagnosticada es infinitamente preferible a cualquier otra forma de etiqueta negativa. Es mejor que la desviación criminal o política, mejor que la pereza, mejor que la ausencia deliberada del trabajo.[110] Cada vez más personas saben subconscientemente que están hartas de sus empleos y de sus pasividades ociosas, pero desean que se les mienta y se les diga que una enfermedad física las releva de toda responsabilidad social y política. Quieren que su médico actúe como abogado y sacerdote. Como abogado, el médico exceptúa al paciente de sus deberes normales y lo habilita para cobrar del fondo de seguros que le obligaron a formar. Como sacerdote, el médico se convierte en cómplice del paciente creando el mito de que es una víctima inocente de mecanismos biológicos y no un desertor perezoso, voraz o envidioso de una lucha

109. El consumo médico creciente se explica como una divergencia cada vez mayor entre la morbilidad real y la sentida. Conforme la salud se va haciendo heterónoma mediante la dependencia del individuo respecto de los médicos, aumenta la inseguridad y con ello el sentido de la morbilidad. Acerca de esto véase Dupuy, J. P. (1974).

110. La enfermedad llega a estar asociada con altos niveles de vida y grandes expectativas. En los seis primeros meses de 1970 se perdieron 5 millones de días laborables en la Gran Bretaña a causa de conflictos industriales. Esa cifra ha sido superada en sólo dos años desde la huelga general de 1926. En comparación, más de 300 millones de días laborables se perdieron por ausencias amparadas en certificados de enfermedad. Office of Health Economics: *Off sick,* Londres OHE, 1971, 23 páginas.

social por el control de los instrumentos de producción. La vida social se transforma en una serie de concesiones mutuas de la terapéutica:
médicas, psiquiátricas, pedagógicas o geriátricas. La demanda de acceso al tratamiento se convierte en un deber político,[111] y el certificado médico en un poderoso artificio para el control social.[112]

Con el desarrollo del sector de servicios terapéuticos de la economía, una proporción creciente de la gente ha llegado a ser considerada como apartada de alguna norma deseable y, por tanto, como clientes que pueden ahora ser sometidos a tratamiento para acercarlos a la norma establecida de salud, o concentrados en algún ambiente especial construido para atender su desviación. Basaglia [113] señala que en una primera etapa

111. Sedgwick, Peter: *Illness-mental and otherwise*. Este texto formará parte de un libro de Peter Sedgwick sobre psicopolítica que publicará Harper & Row, en: Hastings Center Studies, Vol. I, N.º 3, 1973, págs. 19-40. Sedgwick habla de la politización de los objetivos médicos y sostiene que sin el concepto de enfermedad no podremos hacer peticiones a los servicios de salud de las sociedades en que vivimos. «El porvenir pertenece a la enfermedad: vamos a tener más y más padecimientos cada vez pues nuestras expectativas de salud se van haciendo cada vez más amplias y complicadas.»

112. Karier, Clarence: «Testing for order and control in the Corporate Liberal State», en: *Educational Theory*, Vol. 22, N.º 2, primavera de 1972, ha mostrado el papel que desempeñó la Fundación Carnegie desarrollando materiales para pruebas de educación que pueden utilizarse para el control social en situaciones donde se ha desintegrado la capacidad de las escuelas para realizar esa tarea. Según Karier, las pruebas aplicadas fuera de las escuelas son un medio más poderoso de discriminación que las pruebas aplicadas dentro de una situación pedagógica. De la misma manera puede afirmarse que los exámenes médicos se convierten en un medio cada vez más poderoso de clasificar y discriminar a los ciudadanos, a medida que aumenta el número de resultados de pruebas en casos para los que no hay ningún tratamiento significativo que sea factible. Una vez que se vuelve universal la función de paciente, la clasificación médica se convierte en un instrumento para el control social total.

113. Basaglia, Franco: *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Turín, Nuovo Politecnico 43, Einaudi, 1971.

de este proceso, los enfermos quedan exentos de la producción. En la siguiente etapa de expansión industrial llega a definirse a una mayoría de ellos como excéntricos y necesitados de tratamiento. Cuando esto ocurre, la distancia entre el enfermo y el sano vuelve a reducirse. En las sociedades industriales avanzadas, los enfermos son identificados una vez más como poseedores de un cierto nivel de productividad que se les habría negado en una etapa anterior de industrialización. Ahora que todo el mundo tiende a ser un paciente en algún respecto, el trabajo asalariado adquiere características terapéuticas. La educación sanitaria, el asesoramiento higiénico, los exámenes y las actividades de mantenimiento de la salud, a lo largo de toda la vida, pasan a formar parte de las rutinas de la fábrica y la oficina. Las relaciones terapéuticas se infiltran en todas las relaciones de producción y les dan color. La medicalización de la sociedad industrial refuerza su carácter imperialista y autoritario.

4. FUTILIDAD DE LAS CONTRAMEDIDAS POLITICAS

Protección al consumidor

La gente ha llegado a darse cuenta de su dependencia respecto de la industria médica, pero la considera irreversible. Como el transporte o la vivienda, habla de la necesidad de la protección al consumidor y estima que el poder político puede controlar la arbitrariedad de los productores médicos. Pero la triste verdad es que ni el control de costos ni el de calidad garantizan que la actividad de los médicos beneficiará a la salud.

Cuando los consumidores se unen para obligar a la General Motors a vender un automóvil aceptable, se consideran competentes para echar una mirada al motor y tienen criterios para calcular el costo de las mejoras. Pero cuando se unen para conseguir mejor asistencia médica, están en una situación diferente. Erróneamente creen que no son competentes para decidir lo que debiera hacerse con sus intestinos, y ciegamente se confían a los médicos para que presten este servicio.

Titmuss[118] ha resumido la dificultad de contabilizar los costos-beneficios en medicina, especialmente en una época en que la asistencia médica está perdiendo las características que solía poseer cuando consistía casi totalmente en la relación

118. Titmuss, Richard M.: «The culture of medical care and consumer behaviour», en: Pinter, F. N. L., comp.: *Medicine and culture*, 1969, cap. 8, págs. 129 a 135.

personal médico-paciente. La asistencia médica es incierta e imprevisible; muchos consumidores no la desean, no saben que la necesitan y no pueden saber por anticipado cuánto les costará. No pueden aprender por experiencia. Tienen que confiar en el proveedor que habrá de decirles si han sido bien atendidos y no pueden devolver el servicio al vendedor ni lograr que se les repare. Los servicios médicos no se anuncian como otras mercancías y el productor se opone a las comparaciones. Una vez hecha la adquisición, el consumidor no puede mudar de opinión a la mitad del tratamiento. El productor médico tiene poder para seleccionar a sus consumidores y dar salida a algunos productores que se impondrán al consumidor, si es necesario, con intervención de la policía: los productores pueden incluso «vender» reclusión forzada para los incapacitados y asilos para los retardados mentales.

El consumidor normal de asistencia médica simplemente no existe ni puede existir. Nadie puede saber a cuánta asistencia será acreedor en dinero o en dolor. Además, nadie puede saber si la forma más ventajosa de asistencia médica se obtiene mejor de productores médicos, oficinas de viaje, o renunciando a trabajar en el turno de noche. La economía de la salud es una disciplina curiosa, un tanto en la tradición de la teología de indulgencias que floreció antes de Lutero. Puede calcularse lo que colectan los frailes, ver los templos que construyen, tomar parte en las liturgias en que se regodean, pero sólo es posible imaginar qué efectos ejerce el tráfico en amnistías para el purgatorio sobre el alma después de la muerte. Los modelos ideados para explicar la creciente aquiescencia de los contribuyentes a pagar facturas médicas cada vez más altas proporcionan análogas conjeturas escolásticas acerca de la nueva iglesia de la medicina que va extendiéndose por todo el mundo. Para dar un ejemplo: es posible considerar la salud como un capital acumulado empleado para producir un rendimiento llamado «tiempo de salud».[119] Los individuos he-

119. Grossman, Michael: «On the concept of health capital and the demand for health», en: *Journal of Political Economy,* 80, marzo-abril, 1972, págs. 223 a 255.

redan una provisión inicial que puede aumentar invirtiendo en capitalización de salud: mediante la adquisición de asistencia médica o por medio de buena alimentación y buena vivienda. El «tiempo de salud» es un artículo que tiene demanda por dos razones: como mercancía de consumo entra directamente en la función utilitaria del individuo; además, la gente habitualmente prefiere estar sana y no enferma. También entra en el mercado como mercancía de inversión. En esta función, el «tiempo de salud» determina la cantidad de tiempo que puede gastar un individuo en el trabajo y en el juego, en ganar dinero y en divertirse. De este modo, el «tiempo de salud» del individuo puede considerarse un indicador decisivo de su valor productivo para la colectividad.[120] Esto, sencillamente, es decir de manera indirecta lo que sabe todo albañil mexicano: únicamente en los días en que está suficientemente sano para trabajar puede llevar frijoles y tortillas a sus hijos y tomar un tequila con sus amigos. Pero este valor obvio de la salud no le permite al albañil ni al economista de salud[121] evaluar el papel que desempeñan los gastos médicos para mantenerlo trabajando.

La gente de las sociedades modernas cree que depende de la industria médica, pero no sabe con qué finalidad. Para legitimar la producción de médicos sostenida mediante impuestos se han empleado diferentes criterios políticos. Los países so-

120. Para otras «teologías», véase Berkowitz, Monroe, y Johnson, William G.: «Towards an economics of disability: the magnitude and structure of transfer and medical costs». en: *Journal of Human Resources*, 5, verano de 1970, págs. 271 a 297. Berkowitz trata de poner un valor en dólares a las pérdidas económicas sufridas por las incapacidades de los trabajadores en los Estados Unidos. Allí se incluyen los gastos médicos por tratamiento de los lesionados, pagos y pensiones de invalidez, y la pérdida legal de bienes y servicios no producidos como resultado de esas incapacidades. Dowie, J. A.: «Valueing the benefit of health improvement», en: *Australian Economic Papers*, 9 de junio de 1970, págs. 21 a 24, da una reformulación conceptual de los beneficios derivados de la mejoría de la salud y de la prevención de la muerte.

121. Enterline, Philip E.: «Social causas of sick absence», en: *Archives of Environmental Health*, 12 de abril de 1966, págs. 467.

cialistas se hacen cargo del financiamiento de toda la asistencia y dejan que la profesión médica defina lo que se necesita, cómo debe hacerse, quién debe hacerlo, cuánto debe costar y también quién lo ha de recibir. Algunos otros países intervienen con leyes e incentivos en la organización de sus sistemas de asistencia médica. Unicamente los Estados Unidos iniciaron un programa legislativo nacional para asegurar la calidad de la asistencia ofrecida en el «mercado libre» y dejaron que los representantes de la profesión médica determinaran enteramente lo que habría de considerarse buena asistencia.

A fines de 1973 el presidente Nixon firmó el Decreto 92-603 por el que se establecieron de manera obligatoria controles de costos y calidad (mediante organizaciones de revisión de normas profesionales) para el sector de la industria médica sostenido a base de impuestos, que desde 1970 sólo ha sido superado en magnitud por el complejo bélico-industrial. Rigurosas sanciones financieras amenazan a los médicos si se niegan a abrir sus archivos a los inspectores gubernamentales en busca de pruebas de utilización excesiva de hospitales, fraudes o tratamientos deficientes. La ley exige que la profesión médica establezca normas para el diagnóstico y el tratamiento de una larga lista de lesiones, enfermedades y estados de salud. Es el programa más costoso del mundo para la medicalización de la producción de salud mediante la protección legislada del consumidor. La nueva ley garantiza la calidad de una mercancía. No pone en tela de juicio si su distribución influye sobre la salud del pueblo.[122]

Invariablemente han fracasado los intentos por ejercer un control político racional sobre la producción de la medicina contemporánea. La razón se halla en la naturaleza del producto actualmente conceptuado como «medicina». Este producto es un paquete constituido por sustancias químicas, aparatos, edificios y especialistas y distribuido como medicina al cliente. El proveedor más que sus clientes o su jefe político de-

122. Welch, Claude: «PSRO's — pros and cons», en: *The New England Journal of Medicine*, Vol. 290, pág. 1.319 y sig.

fine el tamaño del paquete. El paciente queda reducido a un objeto en reparación; deja de ser un sujeto al que se le ayuda a curar. Si se le permite participar en el proceso de reparación, actúa como el último aprendiz de una jerarquía de reparadores.[123] Generalmente no se le confía ni siquiera la ingestión de una pastilla, sino que una enfermera tiene que dársela. La profesión médica ha acaparado la prerrogativa de administrar la mayor parte de las aplicaciones de la ciencia moderna a la asistencia a la salud. El argumento de que la asistencia médica institucional (curativa o preventiva) después de cierto punto deja de guardar correlación con cualesquiera «ganancias» ulteriores de salud puede ser mal empleado para transformar clientes aferrados a médicos en clientes de alguna otra hegemonía de servicios. Se alienta al consumidor para que se pregunte dónde deben terminar los servicios médicos y dónde otros servicios sociales podrían contribuir de manera más decisiva a mejorar su estado de salud o el de su grupo.[124] Lo que comienza como protección del consumidor pronto se convierte en una cruzada para transformar a personas independientes en clientes a toda costa. Toda clase de dependencia se convierte en obstáculo para la asistencia autónoma mutua, para afrontar la enfermedad, adaptarse a ella y curarse; lo que es peor, se convierte en un artificio por medio del cual se impide que la gente transforme las condiciones que la enferma en el trabajo y en el hogar. El control sobre el aspecto de produc-

123. Dewar, Tom: *Some notes on the professionalization of the client,* Cuernavaca, CIDOC, 1973. I/V 73/37. La autorización es la clave del poder médico. Los médicos pueden fijar normas para su propia preparación, conducta y actuación. Pueden fijar normas para la preparación de todos los que les ayudan, para la calidad de todas las organizaciones o artefactos de que hacen uso. El poder ilimitado de la autorización elimina de ese modo todos los límites al poder médico. Como funciona esto en la Asociación Médica de los Estados Unidos ha sido muy bien descrito por Rayack, Elton: *Professional power and American medicine: the economics of the American Medical Association.* Cleveland, World Publishing Co., 1967.

124. Haggerty, Robert J.: «The boundaries of health care», en: *The Pharos,* julio de 1972, págs. 106 a 111.

ción del complejo médico sólo puede actuar para mejorar la salud si provoca una reducción muy considerable de su rendimiento total, y no simplemente mejoras técnicas de los artículos que se ofrecen.

Igualdad de acceso a los perjuicios

Como problema político, la salud generalmente se traduce en términos de igualdad de asistencia.[125] Los partidos políticos traducen la aspiración a la salud en proyectos de instalaciones médicas. No se preguntan qué clase de cosas produce el sistema médico pero insisten en que sus votantes tengan derecho a las cosas producidas por los ricos. Cualquier insinuación de que la cantidad total asignada a servicios de salud fuese a reducirse despierta inmediatamente la idea de que el pobre sería el primero en sufrir. Esa objeción al control sobre la magnitud de la industria médica sólo puede impugnarse si resulta que pobres y ricos son igualmente lesionados por la sobreproducción médica. Los políticos suelen hacer dos clases distintas de denuncias: primera, que los pobres reciben menos asistencia médica que los ricos, y segunda, que los pobres son menos sanos y necesitan más. Debe analizarse esas dos denuncias.

En la mayoría de los países los pobres tienen menos acceso a los servicios médicos que los ricos. En todos los países latinoamericanos, excepto Cuba, los más pobres entre quienes sólo un niño de cada 40 terminará los cinco años de escolaridad obligatoria forman el 20 %, y aproximadamente la misma proporción de la población recibirá tratamiento en un

125. Hirshfield, Daniel S.: *The lost reform: the campaign for compulsory health insurance in the United States from 1932 to 1943* Cambridge, Harvard Univ. Press., 1970, ofrece pruebas de que, por lo menos en los Estados Unidos de América y durante los últimos 60 años, el debate público sobre políticas de asistencia a la salud no ha trascendido en momento alguno el paradigma industrial de la medicina como empresa de carácter mecánico. Este libro tiene una bibliografía excelente.

hospital cuando esté enferma. Los ricos son el 3 %, constituido por graduados universitarios, sus familias, líderes obreros y los más altos funcionarios de todos los partidos políticos. Esos reciben tratamiento de los médicos que escogen, casi todos procedentes de sus propias filas y adiestrados conforme a normas internacionales a base de subsidios gubernamentales.[126]

No obstante el desigual aceso a la asistencia por médicos, sería un error decir que el acceso a los servicios médicos está siempre en correlación con el ingreso personal. En México, el 3 % de la población tiene acceso a un sistema de seguridad social (ISSTE) tan bueno como cualquier otro del mundo en cuanto a combinar la asistencia personal con la excelencia profesional. Ese grupo afortunado está constituido por empleados del gobierno que reciben tratamiento igual, ya sean ministros o mensajeros de oficina.

Esa minoría puede contar con asistencia de alta calidad porque forma parte de un modelo de demostración. Los cirujanos que los operan son iguales en categoría a sus colegas de Texas. En consecuencia, los periódicos pueden informar al maestro de escuela de una aldea remota que la cirugía mexicana tiene recursos mejores aún que la de los hospitales de Chicago. Cuando se hospitalizan altos funcionarios a veces se sienten desconcertados porque por primera vez en su vida tienen que dormir cerca de un trabajador, pero también se sienten orgullosos del alto grado de compromiso democrático que

126. «Considero que la tendencia de los servicios sanitarios gubernamentales de América Latina a concentrarse en la asistencia médica ha sido muy nociva. En Venezuela, por ejemplo, el costo anual de una cama de hospital es aproximadamente 10 veces el promedio de ingreso en el país.» Gabaldon, Arnoldo: «Health services and socioeconomic development in Latin America», en: *The Lancet*, 12 de abril de 1969, págs. 739 a 744. Véase también Navarro, Vicente: *The underdevelopment of health or the health of under-development, an analysis of the distribution of human resources in Latin America*, Johns Hopkins University. Trabajo basado en el que presentó el autor en la Conferencia Panamericana de Planificación del Personal de Salud, Ottawa, Canadá, 10 a 14 de septiembre de 1973.

muestra su país al proporcionar iguales medios a jefes y a porteros. Los pacientes de ambas categorías tienden a soslayar que son dos clases de explotadores privilegiados. Para proporcionarles camas, equipo, administración y asistencia técnica, un tercio del presupuesto para asistencia médica de todo el país tiene que asignarse a esa reducida minoría. Para dar a todos los pobres igual acceso a medicina de calidad uniforme, sería necesario suspender la mayor parte de las actividades actuales de las profesiones sanitarias.

En mortalidad infantil, los Estados Unidos ocupan el decimoséptimo lugar en las naciones del mundo. En general se considera que ese lugar está relacionado con factores sociales y políticos, especialmente con una tasa de mortalidad infantil perteneciente al grupo más pobre, que es mucho más elevada que la mediana. Se considera que un quinto de la población norteamericana está en condiciones económicas desventajosas, y dentro de ese grupo la tasa de mortalidad infantil supera a la de algunos de los países llamados subdesarrollados de Africa y Asia. Comúnmente esto se explica diciendo que los pobres tienen menos dinero para gastar en los «paquetes de salud». Contra una creencia ampliamente extendida, esto en general no es verdad. El uso de los servicios de médicos en los Estados Unidos no está relacionado directamente con el ingreso. Las familias de bajos ingresos no reciben menos sino más asistencia médica que el grupo de ingresos situado inmediatamente arriba de ellas.[127] Estos norteamericanos medios de bajos ingresos son demasiado pobres para pagar médicos con sus propios recursos y demasiado ricos para tener acceso a los fondos especiales apartados para los pobres certificados. El factor responsable de la alta mortalidad infantil, incluso entre los más pobres de los Estados Unidos, es únicamente en un grado marginal un retraso en el consumo terapéutico.

Es más probable que la explicación consista en que el modo de consumo terapéutico de los Estados Unidos se halla por

127. Glazer, Nathan: «Paradoxes of health care», en: *The Public Interest,* págs. 62 a 77.

encima del nivel en el cual más gastos pueden aumentar el bienestar. En la época en que un niño norteamericano ha sobrevivido a su asistencia posnatal, de la cual tiene cada vez menos posibilidades de escapar por pobre o hambriento que esté, ya ha sido lesionado no sólo por su ambiente, sino también por su choque con un sistema médico excesivamente equipado.[128]

Las diferencias en las tasas de mortalidad infantil entre distintos grupos sociales deben imputarse ahora a factores ambientales y culturales que están llegando a ser indicadores de pronóstico más significativos que el acceso a la asistencia médica.[129] La sobrealimentación, las tensiones, los viajes, el exceso de medicación y otros factores asociados con los altos ingresos acortan la vida del adulto rico, mientras que el hacinamiento, la contaminación, los delitos, la discriminación y el contacto de segunda clase con el sistema de salud amenazan más la vida del niño pobre. La terapéutica suplementaria del tipo que actualmente se ofrece aumenta la totalidad de la influencia negativa que un mal ambiente ejerce sobre la salud de los pobres. Un menor acceso al actual sistema sanitario beneficiaría a los pobres, contrariamente a lo que afirma la retórica política.

En una sociedad en la que los servicios médicos sólo son

128. Birch, Herbert T., y Gussow, Joan Dye: *Disadvantaged children: health, nutrition and school failure*, N. Y., Harcourt, Brace and World, 1970. Aunque los autores creen que es útil aumentar la asistencia médica para los pobres, indican que con mucho los más importantes son los factores ajenos al tratamiento que discriminan contra la salud de los niños pobres.

129. La relación de la mortalidad tanto con la asistencia médica como con variables ambientales es examinada en un análisis de regresión por Auster, Richard *et al.*: «The production of health, an exploratory study, en: *Journal of Human Res.*, 4, otoño de 1969, págs. 411 a 436. Si se controlan la educación y la asistencia médica, los altos ingresos se asocian con la mortalidad elevada. Esto probablemente refleja regímenes de alimentación desfavorables, falta de ejercicio y tensión psicológica en los grupos más ricos. Los factores adversos asociados con el aumento de ingresos tal vez modifiquen los efectos benéficos de un aumento en la cantidad y la calidad de la asistencia médica.

asequibles por medio de instituciones gubernamentales, la eliminación de las intervenciones yatrogénicas no plantea problemas políticos, por lo menos en teoría. El gobierno puede proteger a todos por igual. Cuando se reconoce que cualquier práctica médica no da resultados o los da negativos, el gobierno puede simplemente decidir que se suspenda ese procedimiento. En los países que no tienen financiamiento, planificación y control centrales de los servicios de salud, el mismo reconocimiento crea un grave problema político. Incluso si se niegan fondos de tributación para costosos servicios sanitarios, no puede lograrse su eliminación ni disminuirse su valor de prestigio. Es indiscutible que esos servicios rinden escasos beneficios en relación con su costo, que representan un peligro positivo para el bienestar del cliente y que sus efectos nocivos pueden difundirse en la colectividad. No obstante, es verdad que se evitarán desencantos y daños directos a los pobres y también, como habrá menos intervenciones, algo del efecto difusivo sobre la colectividad. Considerando únicamente las funciones técnicas de la medicina, parece lógico oponerse a gastos gubernamentales que llevan el propósito de igualar el acceso a prácticas médicas potencialmente perjudiciales. Pero el asunto no es tan sencillo, porque la medicina no es sólo un servicio técnico, sino también un símbolo de prestigio. La satisfacción simbólica ha pasado a ser un objetivo fundamental de los gastos médicos y proporciona gratificaciones reconocidas. La gente ha llegado a creer que la hospitalización, los análisis, los medicamentos y la psicoterapia son un privilegio y que la prueba mejor de que ese privilegio es deseable son las enormes cantidades que gastan los que pueden permitírselo. En una sociedad libre, mientras predomine el actual prejuicio en favor de la medicalización, el gobierno se verá obligado a asignar recursos conforme a la demanda pública, aunque con ellos no se realice eficazmente lo que desea el público. En esas circunstancias, el control político de los servicios de atención a la salud no puede menos que robustecer la mano de sus productores.

Cuanta más gente llegue a depender del acceso a moder-

nas instituciones de servicio, más importante parece el determinar lo que constituye un acceso equitativo. ¿Se realiza la equidad cuando se dispone de igual número de pesos para la educación del rico y del pobre? ¿O es necesario que esos dólares se gasten en realidad de igual modo? ¿O requiere la equidad que los pobres obtengan la misma «educación» aunque tenga que gastarse mucho más en ellos para lograr resultados iguales? Esta batalla de la equidad contra la igualdad en el acceso a la asistencia institucional, que ya se ha librado en el dominio de la educación, está iniciándose ahora en el de la asistencia médica.[130] Quienquiera que gane, los sistemas escolares y médicos saldrán robustecidos porque el problema no es la educación ni la salud, sino la igualdad de acceso a la asistencia profesional, las ilusiones y los perjuicios.

El control público de un complejo médico-industrial orientado hacia el crecimiento reforzará su expansión negativa para la salud. Ya hemos visto que este efecto paradójico es consecutivo a los controles públicos si éstos se concentran en aspectos mecánicos y de distribución. Si el público organiza sus energías para distribuir los bienes de manera mejor y más equitativa, el monopolio industrial sobre la asistencia a la salud tendrá que aumentar. Unicamente una tasa negativa de crecimiento del complejo médico podría promover un acceso a la asistencia médica.

El control del público sobre la Mafia médica

Una tercera clase de política pública, a saber, el intento de controlar la organización interna de la profesión médica, tiene efectos igualmente negativos sobre la salud.

Me he abstenido de culpar a la codicia de los médicos tanto de la producción en beneficio propio como de la desigualdad de los servicios. El ejercicio profesional dedicado a las

130. Fein, Rashi: «On achieving access and equity in health care», en: *Milbank Memorial Fund Quarterly,* octubre de 1972, Vol. 50-34.

ganancias no explica ninguna de las dos cosas. Ambos problemas persisten tanto si los propios médicos fijan sus honorarios como si éstos les son fijados a los médicos o si se convierte a todos los médicos en funcionarios públicos. Fundamentalmente, la yatrogénesis social no se debe al comportamiento individual de ninguna cantidad de médicos, sino al monopolio radical que la profesión como tal ha alcanzado.

Es verdad que en algunos países muchos médicos llegan a enriquecerse considerablemente. Esto es un síntoma de explotación económica, pero no una explicación de los efectos malsanos del ejercicio médico. Desgraciadamente, muchos críticos de la medicina norteamericana o francesa creen que con sólo poner a sueldo a los médicos se habría dado un gran paso hacia un ejercicio más sano. Lo contrario podría ocurrir: reduciendo el margen entre el ingreso de los internos y el de los médicos ya en pleno ejercicio, y estableciendo un máximo a sus ganancias, la totalidad de una profesión médica regulada públicamente podría muy bien aumentar su cohesión y su prestigio y reclamar una proporción mayor de la riqueza nacional para nutrir sus filas y aumentar su poder. La existencia de unos cuantos charlatanes o extorsionadores ha fomentado siempre la credibilidad del gremio médico: denunciando su mala conducta, el profesional típico puede legitimar los abusos inherentes a su ejercicio ordinario. De la misma manera, la explotación que hacen algunos médicos a título individual oculta actualmente a la gente la explotación del bien público por el conjunto de la profesión. El control público sobre el enriquecimiento privado de unos cuantos individuos podría fácilmente convertirse en un poderoso artificio para legitimar una medicalización más intensa aun de la vida.

Además de objetar el enriquecimiento privado, el público general pone en tela de juicio la organización jerárquica de la asistencia médica. Se considera que los médicos dominan despóticamente la asistencia a la salud y reducen a sus ayudantes a funciones muy subordinadas. Pero la mayoría de las alternativas propuestas estrechan la integración de la industria de la asistencia médica y «aumentan la eficiencia mediante una

movilidad ascendente del personal y una asignación descendente de responsabilidades».[131] El argumento de que actualmente los médicos hacen lo que podrían hacer mejor las enfermeras lleva a demandar más tipos de personal paraprofesional [132] y multiplica las organizaciones, los congresos y las uniones profesionales. Un aumento de personal paraprofesional reduce lo que la gente puede hacer cada una por las demás y por sí mismas.

En los Estados Unidos, médicos generales, cirujanos competentes y farmacéuticos independientes trabajaron de manera autónoma uno al lado del otro hasta hace unos cien años.[133] El primero era una especie de caballero, el segundo un artesano y el tercero un mercader. Hace unos sesenta años, el médico de formación universitaria impuso su autoridad. Con su aparición comenzó a decaer la práctica independiente del farmacéutico, la partera, el curahuesos y el sacamuelas, así como los primeros auxilios y la autoasistencia de la abuela. Disminuyó la cantidad de personas con destrezas para curar. Más auxiliares del cuerpo médico para Harlem, más «feldschers» para Bakú o más adiestramiento especializado y supervisión para los médicos descalzos de China, lejos de ser medidas para acercarse a la desprofesionalización de la asistencia a la salud, son políticas que equivalen a dar más poder a los barones que al pueblo.[134]

131. Rushmer, Robert F.: *Medical engineering: projections for health care delivery,* N. Y., Academic Press, 1972: «Además, una simple reorganización de jerarquías podría aumentar la explotación en lugar de disminuirla».

132. Gish, Oscar, comp.: *Health, manpower and the medical auxiliary. Some notes and an annotated bilbiography.* Intermediate Technology Development Group, Londres, 1971.

133. Shyrock, Richard Harrison: *Medicine and society in America: 1660-1860.* Ithaca, N. Y., Great Seal Books, 1962.

134. El personal de enfermería escasea cada vez más. Los bajos sueldos, el creciente desprecio por las funciones de servidumbre y manejo de casa, un aumento en el número de pacientes crónicos (y en consecuencia el tedio cada vez mayor que produce su cuidado) y nuevas oportunidades para las mujeres en otros campos, todo ello contribuye a producir una crisis de personal. En Inglaterra, el 70 % de

Mientras sean los médicos los únicos que decidan lo que constituye un buen servicio, no se les puede decir lo que costarán los servicios médicos: cuando mucho, se les podrá indicar qué tanto está dispuesto a concederles el público como ingreso personal. Mientras los médicos decidan quién puede dar buen servicio, cuando mucho se les puede señalar que fijen una proporción de médicos negros y animen a los puertorriqueños en los Estados Unidos o a los usbecos en Rusia para que se hagan fisioterapeutas: en ese proceso, dicho tipo de tratamiento llegará a constituir cada vez más un servicio profesional y menos una destreza general.[135]

En quince años el número de especialidades reconocidas por la Asociación Médica de los Estados Unidos ha aumentado a más del doble y en la actualidad comprende sesenta y siete campos. Dentro de cada campo se forma un feudo, en el que se reconocen enfermeras, técnicos, revistas, congresos y algunas veces grupos organizados de pacientes que pugnan por obtener más fondos públicos. El costo de coordinación del tratamiento del mismo paciente por varios especialistas crece exponencialmente con cada competencia que se agrega en el proceso, y lo mismo ocurre con el riesgo de que se cometan errores y la probabilidad de provocar lesiones a causa de la inesperada sinergia de diferentes terapéuticas. Cada ciudadano

---

todo el personal de baja categoría de los hospitales procede de ultramar. En Alemania y Francia predominan proporciones semejantes, y en los Estados Unidos ocurre lo mismo con los empleados puertorriqueños, mexicanos y negros. La creación de nuevas categorías, títulos, programas de estudios, funciones y especialidades es un remedio de dudosa eficacia. El hospital únicamente refleja la economía laboral de una sociedad de alta tecnología: especialización en la cima, un nuevo subproletariado en la base y profesionalización progresiva del cliente .En cuanto a la crisis actual en la profesión de enfermería en los Estados Unidos, véase National Comission for the Study of Nursing and Nursing Education: *An abstract for action,* N. Y., McGraw-Hill, 1970.

135. Davis, K.: *The role of technology demand and labour market in the determination of hospital costs.* Comunicación a la Conférence sur l'Economie de la Santé et des Soins Médicaux, Tokio, abril de 1973, publicación multicopiada.

tiende a ser colocado en una relación de paciente con cada uno de los diversos especialistas. El número de relaciones del paciente supera al número de personas. Mientras el público se incline ante el monopolio profesional que asigna categorías de enfermo, no podrá controlar la multiplicación de pacientes.

Apoyo tributario a todas las sectas médicas

La profesión médica ha dejado en gran proporción de perseguir los objetivos de una asociación de artesanos que aplican la tradición, la destreza, el saber y la intuición, y ha llegado a desempeñar una función reservada antiguamente a los sacerdotes, utilizando principios científicos como teología y tecnólogos como acólitos. A los médicos ya no les interesa el arte práctico de curar lo curable, sino la salvación de la humanidad de las cadenas de la enfermedad, la invalidez e incluso la necesidad de morir. La profesión médica ha dejado de ser un verdadero gremio, con artesanos que aplican reglas establecidas para orientar a los maestros de un arte práctico en beneficio de personas realmente enfermas. Se ha convertido en un partido ortodoxo de administradores burocráticos que aplican principios y métodos científicos a categorías enteras de casos médicos. En otras palabras, la medicina científica ha sustituido a la clínica.[136] Para el médico «científico», la medicina es una ciencia y cada tratamiento es una repetición más de un experimento con una probabilidad de éxito definida estadísticamente. Como en toda operación que constituya una aplicación genuina de la ciencia, el fracaso en la medicina científica se debe a alguna forma de ignorancia: la falta de conocimientos científicos sobre las leyes que se aplican en la situación experimental particular, la falta de competencia personal

136. Los tecnócratas de la medicina tienden a promover el interés de la ciencia más que las necesidades de la sociedad. Este argumento lo formula vigorosamente Leach, Gerald: *The biocrats: implications of medical progress*, New York, McGrow-Hill, 1970; Baltimore, Penquin Book, edición revisada, 1972.

en la aplicación de métodos y principios por parte del experimentador, o bien su incapacidad para controlar esa variable esquiva que es el paciente. Cuanto mejor está controlado el paciente, más previsible es el resultado en ese tipo de medicina.

Se espera que la ciencia médica aplicada por científicos médicos proporcione el tratamiento adecuado, independientemente de que sus resultados sean una cura, una muerte o ninguna reacción por parte del paciente. Se le da legitimidad mediante cuadros estadísticos, que predicen matemáticamente esos tres resultados. Los que la ejercen constituyen corporativamente una burocracia, no un gremio. Por el contrario, a título individual el médico debe a la naturaleza y al paciente tanta gratitud como el paciente le debe a él cuando ha tenido buen éxito ejerciendo su arte. Los ejecutantes de este arte podrían de alguna manera ejercer control cada uno sobre los demás y proteger al público formando un gremio, así fuese el más liberal de todos.

En la actualidad, el cuerpo médico detenta el poder de definir la salud y determinar qué métodos de asistencia merecen el financiamiento público. Legisla en contra de opiniones heréticas y puede privar a los que las aplican de apoyo público, si no del derecho a ejercer. Desde principios del siglo, el cuerpo médico ha sido una iglesia establecida. Otro tipo de política radical trata de montar un ataque contra esta ideología aplicada burocráticamente.

Las acciones jurídicas propuestas para romper este monopolio cuasi-eclesiástico tienen precedentes históricos. Otras iglesias han sido desestablecidas en el pasado. Cuatro modelos de desestablecimiento han sido ensayados. El primero está en favor de la tradición. Priva al Papa de asistencia secular cuando ha fulminado a un hereje. No se toca ni su poder de reclamar tributos económicos ni su derecho a determinar la legislación matrimonial. En muchos países modernos este nivel de liberalidad no ha alcanzado aún el dominio de la medicina. Todavía van a la cárcel las personas que, medidas conforme a los dogmas médicos, son calificadas de charlatanes. La segun-

da forma de desestablecimiento otorga privilegios iguales a dos o más iglesias. Católicos y luteranos tienen derechos iguales a cobrar impuestos en la República Federal de Alemania. En el campo de la medicina no sólo los profesionales establecidos sino también homeópatas y quiroprácticos podrían obtener una tajada del pastel tributario. Una tercera forma es el modelo norteamericano de separación rígida de la iglesia y el Estado. En este caso el desestablecimiento es una negación meticulosa de todo apoyo directo mediantes fondos de tributación sin que de alguna manera se nieguen los objetivos perseguidos por la iglesia o haya una sospecha en contra de éstos. En ese modelo se consideran las iglesias como instituciones probablemente necesarias y ciertamente inevitables. Podría lograrse el desestablecimiento de la medicina siguiendo este modelo si nunca se utilizaran fondos para el apoyo directo de una institución médica. Una cuarta forma de desestablecimiento es la tolerancia de iglesias según el modelo ruso: las iglesias se consideran malsanas; son supervisadas y sujetas a impuestos. Nadie que esté en su sano juicio propondría este modelo para el desestablecimiento de las instituciones de asistencia médica.

Todos los proyectos para proporcionar una igualdad más legal a los modelos médicos alternativos aspiran de alguna manera al desestablecimiento de la «iglesia» médica. Tienden a caer en el segundo modelo, el de los privilegios iguales. El efecto neto de esta clase de pluralismo terapéutico podría fácilmente ser una medicina más corporativa. Podría asignarse departamentos para acupunturistas, ayuvédicos, homeópatas y brujos en un hospital mundial para pacientes de toda la vida. En una sociedad de orientación terapéutica, toda clase de esculapios[137] puede compartir el monopolio de asignar el

137. Según Siegler, Miriam, y Osmond, Humphry: «Aesculapian authority», en: *Hastings Center Studies,* Vol. 1, N.º 2, 1973, págs. 41 a 52. Por primera vez se menciona la autoridad esculapia en Paterson, T. T.: *Notes on Aesculapian authority,* manuscrito inédito, 1957. La autoridad esculapia constituye un conjunto de tres funciones: autoridad sapiente para aconsejar, instruir y dirigir; autoridad moral que hace

papel de enfermo, pero cuanto más diferentes sean las camarillas profesionales que puedan eximir al enfermo de sus obligaciones normales, menos gente puede definir por sí misma cómo desea ser conocida y tratada. A menos que el desestablecimiento del cuerpo médico permita un mayor acceso del ciudadano a la autocuración, reforzará en lugar de reducir la medicalización patógena.

Paracelso enseña cómo disminuir el dolor tratando la lesión con yerbas y el acupunturista cómo atenuar el dolor con agujas. El ayuvédico hace a uno responsable de toda enfermedad, muestra cómo olvidar el dolor y el padecimiento y enseña que por el amor de Dios debe uno soportar ambos. La medicina contemporánea sufre un engaño que la distingue de todas sus predecesoras. Da por sentado que todos los males deben tratarse, cualquiera que sea el resultado previsible. Desgraciadamente, esta manía terapéutica es infecciosa y ha lisiado el arte tradicional de cuidar al enfermo. El ámbito de las actividades profesionales ha llegado a ser tan amplio que las autorizaciones para ejercer han perdido su significado y son ciertamente inútiles para cualquier autocontrol a base de las profesiones.

Los chinos fueron los primeros en «establecer» su medicina, creando colegios imperiales para su enseñanza y certificación imperial para verificar, cada cinco años, si el profesional aún mantenía sus conocimientos. Los mandarines fueron los primeros en tratar de prolongar la vida mediante elixires científicamente confeccionados. Durante siglos conservaron valiosos registros acerca de sus efectos tóxicos después de ensayarlos reiteradamente. Los nuevos mandarines médicos de China son los primeros que han combinado el arte médico de los curanderos tradicionales con una empresa industrial dirigida al progreso indefinido de la medicina tecnológica. Queda por

---

de las acciones médicas lo adecuado y no sólo algo bueno, y autoridad carismática por medio de la cual el médico puede apelar a algún poder supremo y que con frecuencia excede en importancia a la conciencia de los pacientes y a la *raison d'état*.

ver qué tanto continuarán en uso los remedios tradicionales aunque incorporados en un sistema de orientación terapéutica.

Actualmente la asistencia médica es costosa y está distribuida de manera desigual, pero la multiplicación de profesionales de la salud no haría sino aumentar los síntomas, los tratamientos y las demandas de servicios. El control ejercido por médicos sobre la producción de artículos médicos los hace escasos. El aumento de presupuestos, una producción más racional, más controles públicos sobre la distribución, la reducción de prerrogativas médicas y un retorno de la medicina científica a la clínica reduciría los costos, haría más equitativo el acceso y más eficaz el tratamiento. Pero también ofrecen una gran ventaja las limitaciones actuales. Los beneficios médicos limitados significan igualmente subproductos yatrogénicos limitados. Si se aumentaran los rendimientos, se controlaran más racionalmente los objetivos y se hiciera más equitativa la distribución del acceso, el sistema actual podría profundizar sus efectos patógenos y disminuir el ámbito de la autoasistencia.

Técnicas para un útero de plástico

Hasta aquí he tratado acerca de cuatro categorías de crítica dirigida a la estructura institucional del complejo médico-industrial. Cada una da lugar a un tipo específico de demanda política y todas ellas acaban por reforzar la dependencia de la gente respecto de las burocracias médicas porque conciben la asistencia a la salud como una forma de planificación y tecnificación de la terapéutica.[138] Indican estrategias para la inter-

138. Dunaye, Thomas M.: *Health planning: a bibliography of basic readings*, Council of Planning Librarians: Exch. Bibliography, 1968, edición multicopiada y reproducida en CIDOC *Antología A2*, dice: «Tan numerosas son las publicaciones sobre el tema de planificación de la salud que la elaboración de una bibliografía completa se ha convertido en un problema gigantesco. Esa dificultad se ha superado en parte reuniendo bibliografías separadas... muchas de las cuales se in-

vención quirúrgica, química y psicosocial en la vida de personas enfermas o amenazadas por la enfermedad. Una quinta categoría de crítica rechaza esos objetivos. Sin abandonar el concepto de la medicina como actividad tecnificada, esas críticas afirman que las estrategias médicas fracasan porque concentran demasiados esfuerzos en la enfermedad y muy escasos en cambiar el ambiente que enferma a la gente.

La mayor parte de las investigaciones sobre alternativas a la intervención clínica se orientan a la mecanización de programas para los sistemas profesionales del ambiente social, psicológico y físico del hombre. «Los determinantes de la salud ajenos a los servicios sanitarios» se relacionan en gran parte con la intervención planificada sobre el medio.[139] Los ingenieros de la terapéutica desvían el objetivo de sus intervenciones del paciente real o potencial al sistema más amplio del cual ese paciente es una parte imaginada. En lugar de manipular al enfermo, replanifican el ambiente para asegurar una población más sana.[140]

---

cluyen... (en este)... cuerpo unificado de lecturas básicas útiles para él... recién llegado a este campo». Véase también Sangster, R. P.: *Ecology, a selected bibliography,* Council of Planning Librarians, Echange Bibliography, enero de 1971.

139. Como ejemplo de este criterio, véase Lerner, Monroe; Brenner, Harvey; Cassel, John, *et al.: The non-health services' determinants of health levels: conceptualization and public policy implications.* Informe de un subcomité establecido mediante la subvención de Carnegie para la Sección de Sociología Médica de la American Sociological Association, 29 de agosto de 1973, publicación multicopiada. Frente a la necesidad de identificar los límites de su campo, el comité obtuvo algunas conclusiones útiles: 1. examinará factores que afectan los niveles de salud o que así se perciben; no conceptos, mediciones de niveles de salud ni aspectos exteriores de la salud para mejorar niveles socioculturales; 2. examinará factores que afectan la selectividad de poblaciones en peligro; 3. analizará la prevención, el mantenimiento, la adaptación a enfermedades crónicas y la incapacidad, pero únicamente mientras no se consideren como «servicios sanitarios»; 4. asimismo, examinará la mala salud causada no intencionalmente por el contacto con el sistema de prestación de servicios de salud personales.

140. Iltis, Hugh; Loucks, Orie, y Andrews, Peter: «Criteria for

La asistencia médica, como la ingeniería higiénica ambiental, opera dentro de categorías diferentes de las del científico clínico. Se concentra en la supervivencia más que en la enfermedad; los efectos del *stress* sobre las poblaciones más que la influencia de agentes específicos sobre individuos; la relación entre el nicho humano dentro del cosmos y la especie con la que ha evolucionado, y no la relación entre las aspiraciones de la gente y su capacidad para realizarlas.[141]

---

an optimum human environment», en: *Science and Public Affairs Bulletin of teh Atomic Scientists,* enero 1970, págs. 2-6. Engel, George L.: «A unified concept of health and disease», en: *Perspectives in Biology and Medicine,* verano de 1960, págs. 459-485.

141. Antonovsky, Aaron: «Breakdown: a needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine», en: *Social Science and Medicine,* Vol. 6, 1972, págs. 537 a 544, propone una cuarta categoría de las herramientas conceptuales de la medicina moderna, el reconocimiento del colapso. Hasta ahora la medicina ha desarrollado tres conceptos fundamentales para luchar contra las enfermedades. Primero se descubrió que podían prevenirse las enfermedades mediante medidas de saneamiento del medio, especialmente ejerciendo control sobre los abastecimientos de víveres y agua. El segundo adelanto se obtuvo con el concepto de inmunización, preparando al individuo para resistir. Estos dos criterios se fundan en la imagen del agente peligroso. Se realizó un tercer progreso con el reconocimiento de las causas múltiples; uno sucumbe a una enfermedad determinada cuando un agente dado interactúa con un huésped dado en un ambiente dado: la medicina tiene que reconocer y controlar esas circunstancias dadas. Según Antonovsky, ni siquiera Dubos rebasa explícitamente este concepto de las causas múltiples, aunque destaca la necesidad de aumentar la capacidad del hombre para adaptarse al *stress* que lo amenaza en las enfermedades específicas. Antonovsky sugiere el concepto ulterior de colapso, y una definición que permite la operacionalización de este concepto global. Con este fin propone especificaciones para cuatro facetas que son comunes a todas las enfermedades. 1. el dolor puede no existir en la enfermedad, o ser leve, moderado o intenso; 2. el impedimento puede no existir, o ser molesto, moderado o intenso; 3. en relación con su carácter agudo o crónico, puede considerarse a la enfermedad en seis categorías (estado no agudo ni crónico; crónico leve pero no degenerativo; agudo pero sin poner en peligro la vida; crónico grave pero no degenerativo; crónico grave y degenerativo; o agudo y peligroso para la vida); y finalmente, 4. la profesión médica puede reconocer que la enfermedad, en el lugar que se

En general, los hombres son más el producto de su ambiente que de su dotación genética. La industrialización está distorsionando rápidamente este ambiente. Hasta ahora la humanidad ha mostrado una capacidad de adaptación extraordinaria. El hombre ha sobrevivido con niveles muy altos de colapsos subletales. Dubos[142] teme que la humanidad será capaz de adaptarse a las tensiones y efectos de la segunda revolución industrial y de la sobrepoblación, así como ha sobrevivido a hambrunas, pestes y guerras en el pasado. Habla con temor acerca de esta clase de supervivencia porque la adaptabilidad, que es una ventaja para la supervivencia, también es un fuerte inconveniente: las causas más comunes de enfermedad son las demandas exigentes de adaptación. El sistema de asistencia a la salud, sin preocupación alguna por los sentimientos de la gente ni por su salud, se ha concentrado simplemente en la tecnificación de sistemas que reducen al mínimo los colapsos.

Dos de las consecuencias previsibles y siniestras de una desviación de la medicina orientada al paciente a la medicina dirigida hacia el ambiente son la pérdida del sentido de fronteras entre las distintas categorías de anormalidad y una nueva legitimidad para el tratamiento total. La asistencia médica, la reeducación y el reacondicionamiento psíquico son todos nombres diferentes para la tecnificación humana necesaria a fin de adaptar poblaciones a los sistemas tecnificados. Conforme el sistema de prestaciones sanitarias falla en su respuesta a las demandas que se le hacen, estados patológicos clasificados actualmente como enfermedades podrían pronto llegar a constituir aspectos de desviación delictuosa y de comportamiento asocial. La terapéutica conductista empleada en presi-

---

presenta, no requiere ayuda, vigilancia ni tratamiento. De esa manera, se han establecido 288 tipos posibles de colapso. Para el autor, «se plantea una cuestión radicalmente nueva: ¿cuál es la etiología del colapso? ¿Existe alguna nueva constelación de factores que pueda predecir con autoridad el colapso?».

142. Dubos, René: *El hombre y su ambiente: el conocimiento biomédico y la acción social,* Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica n.º 131, marzo de 1966.

diarios en los Estados Unidos y el encarcelamiento de adversarios políticos en hospitales psiquiátricos en la URSS indican las direcciones que podría seguir la integración de las profesiones terapéuticas: una mayor confusión de fronteras entre las terapéuticas administradas con un fundamento racional médico, educativo o de otro tipo ideológico.

Ha llegado el momento de hacer no sólo la evaluación pública de la medicina sino también de proceder al desencanto público de esos monstruos generados por el sueño de la tecnificación ambiental.[143] Si la medicina contemporánea pretende hacer innecesario que el pueblo sienta o se cure, la ecomedicina promete realizar su enajenado deseo de tener un útero de plástico.

143. Para una evaluación crítica de la medicina orientada ecológicamente, véase: Cochrane, véase la nota 13, McLaghlan, Gordon; McKeown, Thomas, comps., véase la nota 3.

PARTE III

YATROGENESIS ESTRUCTURAL

5. LA DESTRUCCION DE LAS CULTURAS MEDICAS

La humanidad forma la única especie viviente cuyos miembros tienen conciencia de ser frágiles, parcialmente quebrados y estar encaminados al colapso total, es decir, a la muerte. Cuanto más clara es esta conciencia, mayor es la necesidad de afrontar simbólicamente lo inevitable. El bienestar del hombre aumenta con su capacidad de contraer responsabilidades personales ante el dolor, los impedimentos y su actitud frente a la muerte. Cultura y salud no son sino dos nombres para el programa según el cual vive un grupo social de manera que se perfeccione la capacidad de sus miembros para hacer frente a los peligros de los elementos y de otras gentes.

Para poder así identificar la cultura con un programa de salud, sigo las ideas de Clifford Geertz y las elaboro.[144] Al hablar acerca de la cultura debemos evitar las trampas de los evolucionistas antropológicos que buscan al hombre con una H mayúscula detrás de todas las peculiaridades de las costumbres individuales, tanto como debemos evitar las de los relativistas culturales que disuelven al hombre en cada cultura dada. El hombre, no modificado por un lugar y unas amistades particulares, simplemente no existe. Jamás ha existido en ese estado desnudo, ni podría, por la naturaleza misma del

144. Geertz, Clifford: «The impact of the concept of culture on the concept of man», en: Cohen, Yehudi A., comp.: *Man in adaptation: the cultural present*, Chicago, Aldine, 1968.

caso, sobrevivir jamás de esa manera.[145] Pero para comprender en qué sentido la cultura es un «capullo» necesario para la capacidad de competencia del hombre, debemos ir más allá de sus productos y concentrarnos en su función. En este sentido, la cultura se ve mejor no como un complejo de patrones de conducta concretos, como costumbres, usos, tradiciones o conjuntos de hábitos, sino como un conjunto de mecanismos

145. Orientación bibliográfica para el estudio de las culturas médicas: Dunn, F. L.: *Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems.* Edición multicopiada, 14 págs. Dunn indica una tendencia importante en la mayor parte de las investigaciones publicadas sobre culturas médicas. Afirma que el 95 % de la documentación etnográfica (y también antropológica) sobre comportamiento para mejorar la salud y sobre las creencias subyacentes a dicho comportamiento, se refieren a la curación y no al mantenimiento y expansión de la salud. Ackerknecht, Erwin, H.: «Natural diseases and rational treatment in primitive medicine», en: *Bulletin of the History of Medicine,* vol. XIX, n.º 5, mayo de 1946, págs. 467 a 497, ofrece una revisión ya anticuada pero todavía excelente de las publicaciones sobre las funciones de las culturas médicas. Proporciona pruebas convergentes de que la medicina desempeña una función social y tiene un carácter holístico y unitario en culturas primitivas que la medicina moderna no puede proporcionar. Polgar, Steven: «Health and human behaviour: areas of interest common to the social and medical sciences, en: *Current Anthropology,* 3 (2), abril de 1962, págs. 159 a 205, da una evaluación crítica de cada punto, y las respuestas a un gran número de colegas a su evaluación. Véase también Polgar, Steven: «Health», en: *International Encyclopedia of the Social Sciences,* vol. 6, págs. 330 a 336. La cultura médica vista con las anteojeras del técnico conductista. Pearsall, Marion: *Medical behavioral science: a selected bibliography of cultural anthropology and sociology in medicine,* University of Kentucky Press, 1963. 134 págs. Seligmann, S.: *Die magischen Heil und Schutzmittel aus der unbelebten Natur mit besonderer Berucksichtigung der Mittel ganen den bosen Blick. Eine Geschichte des Amulettenwesens,* Stuttgart, Strecker und Schoeder, 2 vols., 1922, y Seligman, S.: *Der bose Blick und Verwandtes. Ein Beitrag zur Geschichte des Aberglaubens aller Zeiten und Volker,* Berlín, 1910, 2 Bde. Las obras de Seligmann son hallazgos preciosos. Véase también Jayne, Walter Addison: *The healing gods of ancient civilizations,* New York, University Books, 1962 .Grabner, Elfriede: *Volksmedizin. Probleme und Forschungs-geschichte,* Darmstadt, Wiss. Buschg., 1974, proporciona una antología de estudios clínicos sobre la historia de la etnomedicina. Jakobovits, Immanuel: *Jewish medical ethics. A comparative and historical study of the Jewish religious attitude to*

de control: planes, recetas, normas e instrucciones, todo lo cual rige el comportamiento. El hombre es el animal que ha perdido su instinto y depende desesperadamente de esos mecanismos de control extragenéticos, extracutáneos, sin los cuales la conducta humana sería ingobernable y el equilibrio humano inalcanzable. En otras palabras, la cultura es la forma particular que adoptan la supervivencia, la competencia y la viabilidad en un grupo humano dado; lo que realmente significa que es idéntica a la Gestalt de la salud del grupo. Más que algo añadido a un animal humano prácticamente terminado, es uno de los ingredientes centrales en la producción del animal mismo. Al someterse a la autoridad mediante progra-

---

medicine and its practice, New York. Bloch Pub. Co., 1959. Tercera edición, 1967. Preuss, Dr. Julius: *Biblisch-talmudische Medizin. Beitrag zur Geschichte der Heilkunde und der Kultur uberhaupt,* 3. Aufl., Berlín, 1923. 735 págs. Ullmann, Manfred: *Die Medizin im Islam,* Leyden, E. J. Brill, 1970. Leclerc, Lucien: *Histoire de la médecine Arabe. Exposé complet des traductions du Grec. Les sciences en Orient, leur transmission á l'Occident par les traductions latines,* 2 tomos. N. Y., Burt Franklin, 1971 (original, 1876). Preuss, Ullmann y Leclerc son introducciones a la medicina semítica. Para la otnomedicina en Sudamérica, véase: Ackernecht, Erwin H.: «Medical Practices», en Steward, Julian Haynes: *Handbook of South-American Indians.* Vol. 5: *The comparative ethnology of South American Indians.* U.S. Bureau of American Ethnology. Bull. 143, págs. 625 a 643. Acerca de los orígenes norteamericanos, véase las págs. 339 a 342 de: Miller, Geneviève, comp.: *Bibliography of the history of medicine of the United States and Canada, 1939-1960,* Baltimore, Johns Hopkins Press, 1964. Poynter, F. N. L.: *Medicine and culture.* Actas de un simposio organizado conjuntamente por el Wellcome Instiute of the History of Medicine, Londres, y las Fundaciones Wenner-Gren para Investigaciones Antropológicas, N. Y. Londres, Wellcome Inst., 1969. Véase Poynter para el conflicto entre la medicina metropolitana y diversas tradiciones en todos los continentes. Para el mismo conflicto en América Latina, véase: Rubel, Arthur: «The role of social science research on recent health programmes on Latin America», en: *Latin American Research Review,* vol. 2. 1966, págs. 37 a 56. Zschock, Dieber: «Health planning in Latin America: review and evaluation», en: *Latin American Research Review,* vol 5, 1970, págs. 35 a 56. La mejor guía para una biblioteca médica es Blake, John B., y Roos, Charles, comp.: *Medical reference works 1679-1966,* un bibliografía selecta. Chicago, Medical Library Association, 1967.

mas simbólicamente interpuestos que determinan los artefactos que han de producirse, la forma en que la vida social va a organizarse y expresarse en categorías y emociones, el hombre determina, aunque inconscientemente, la etapa culminante de su destino biológico. Al determinar su salud, crean su propio ser físico, así como, de manera más general, al determinar su cultura se crean a sí mismos.

En su explicación de la cultura como un programa, Geertz señala que tanto la antropología ilustrada como la clásica ofrecen interpretaciones erróneas. Cada una de ellas se esfuerza por construir una imagen del hombre como un modelo, un arquetipo, un ideal platónico o una forma aristotélica. Mientras la antropología ilustrada desecha los adornos de la cultura para encontrar al «hombre natural», la antropología clásica descompone en factores lo común de la cultura y considera lo que queda como «hombre consensual»; juntas, proporcionan la base para la visión actual de la salud como normalidad y de la enfermedad como desviación de una norma teórica. Ambas transforman la excentricidad y el carácter distintivo individuales en desviación, impedimento y enfermedad insistiendo en el tipo de hombre subyacente, normativo inmutable, como el objeto formal de la investigación científica. La distinción fundamental entre salud animal y humana es ajena a esos dos modelos.

Para llegar a ser humanos, los individuos de nuestra especie siempre necesitan descubrir un programa particular por el cual conducirse en su lucha con la naturaleza y el vecino. En esa lucha estarían a menudo por su propia cuenta, pero las armas y las reglas y el estilo para la lucha fueron suministrados por la cultura en que crecieron. Cada cultura evolucionó y definió la manera de ser humano o de ser sano en su forma única. El código de cada grupo se adapta a una constitución genética dada, una historia dada, una geografía dada y a la necesidad de afrontar una serie dada de otras culturas. El código de cada grupo cambia conforme a este ambiente total. Junto con la cultura evolucionaron los hombres, aprendiendo

cada uno a mantenerse vivo en ese capullo común.[146] Cada cultura proporciona no sólo instrucciones para labrar la tierra y luchar, sino también una serie de reglas con las cuales el individuo puede arreglárselas con el dolor, la invalidez y la muerte. Cómo interpretar esas tres más íntimas y fundamentales amenazas, y cómo relacionarse con los demás cuando las afrontan, era una parte esencial de cada cultura viable. El sentido que tiene el hombre de su propio cuerpo es un don de su cultura.[147]

La moderna civilización médica cosmopolita niega la necesidad de que el hombre acepte el dolor, la enfermedad y la muerte. La civilización médica está planificada y organizada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y luchar contra la muerte. Esos son nuevos objetivos que nunca antes habían sido líneas de conducta para la vida social. La civilización médica ha transformado el dolor, la enfermedad y la muerte,

146. Geertz, véase la nota 134. En Java la gente dice rotundamente: «Ser humano es ser javanés». Los niños pequeños, los palurdos, los bobos, los dementes y los flagrantemente inmorales se dice que son «ndu-rung djawa» (todavía no javaneses). Un adulto «normal» capaz de actuar en función del sistema de etiqueta sumamente elaborado, poseedor de las delicadas percepciones estéticas asociadas con la música, la danza, el teatro y el diseño textil, sensible a las sutiles indicaciones de lo divino que reside en la quietud de la conciencia íntima de cada individuo es «ampun djawa» (ya javanés). Ser humano es no simplemente respirar, es también controlar la respiración de uno mediante técnicas semejantes al yoga, de manera que se oiga en la inhalación y en la exhalación la voz literal de Dios pronunciando su propio nombre, hu Allah.

147. Greverus, Ina-María: *Der territoriale Mensch. Ein literaturanthropologischer Versuch zum Heimatphänomen,* Frankfurt am Main, Athenaum, 1972. Muhlmann, W. E.: «Das Problem der Umwelt beim Menschen», en *Zeitschrift für Morphologia und Anthropologia,* XLIV, 1952, págs., 153 a 181. Gehlen, Arnold: *Die Seele im technischen Zeitalter, Sozialpsychologische Probleme in der industriallen Gesellschaft,* Hamburgo, Rowohlt Taschenbuch, 1957. Berger, P.; Berger, B., y Keller: *The homeless mind,* N. Y., Vintage Books 1974. Pluge, Herbert: *Der Mensch und sein Leib,* Tübingen, Max Niemeyer Verlag, 1967. Buytendijk, Frederik, J.: *Mensch und Tier,* Tübingen, Rowohlt. Buytendijk, Frederik J.: *Prolegomena einer anthropologischen Physiologie,* Salzburgo, Otto Müller.

de experiencias esenciales con las que cada uno de nosotros tiene que habérselas, en accidentes para los que debe buscarse tratamiento médico. De ese modo, los objetivos de la civilización médica son antitéticos para cada una de las culturas con que se enfrenta cuando es descargada, como parte integrante del progreso industrial, en los llamados países subdesarrollados.

La cultura tradicional deriva su función higiénica precisamente de su capacidad de equipar al individuo para hacerle el dolor tolerable, la enfermedad comprensible y el encuentro con la muerte, a lo largo de toda la vida, significativo. La asistencia más tradicional a la salud era un programa para dormir, comer, amar, trabajar, jugar, soñar, cantar y sufrir.[148]

En la mayoría de los casos, la curación era una forma tradicional de consolar, cuidar, reconfortar, aceptar, tolerar y también de rechazar al afligido.[149] «Cultura» y «programas de salud» pueden distinguirse solamente por esos científicos sociales que identifican «cultura médica» con asistencia al enfermo; se interesan sobre todo por los purgantes, la cura de huesos, los exorcismos, la extracción de muelas, la trepana-

148. Gubser, A. W.: «Ist der Mitagsschlaf schadlich?», en: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift,* Band 97, Nr. 7, 1967, págs. 213 a 216. Wiswe, Hans: *Kulturgeschichte der Kochkunst.* Kochbücher und Rezepte aus zwei Jahrtausenden und einem, lexikalischen Anhang zur Fachsprache von Eva Hepp, Munich, 1970. Van Gulik, Robert: *La vie sexuelle dans la Chine ancienne,* París, Gallimard, 1971. Gardiner, Edward M.: *Athletics of the ancient world,* Oxford Univ. Press, 1930. Michler, M.: «Das Problem der westgriechischen Heilkunde», en: *Sudhoff Archiv,* 46, 1962. Sigerist, H. E.: «Disease and music», en: *Civilization and disease,* Univ. of Chicago Press, 1943, cap. XI, págs. 212 y sig.

149. Sigerist, Henry E.: *A history of medicine. 1. Primitive and archaic medicine,* N. Y. Oxford Univ. Press, 1967. Ackernecht, E. H.: «Primitive Medicine and culture patern», en: *Bulletin Hist. Medicine,* 1942, vol. 12, págs. 545 a 574. Sigerist dice que: «La cultura, primitiva o no, siempre tiene una cierta configuración... La medicina de una tribu primitiva se ajusta a ese patrón. Es una expresión de él y no puede comprenderse plenamente si se estudia por separado». Ackernecht ejemplifica esta integración de la cultura y la medicina en tres tribus: los Cheyenes, los Dobuan y los Tonga. Para una descripción clásica de esta integración, véase Evans-Pritchard. *Wiitchcraft, oracles and magic among the Azandé,* Londres, Oxford Univ. Press, 1951. Part IV, 3.

ción y el parto, y consideran a este último como asistencia al enfermo únicamente porque sus propias esposas se sienten enfermas cuando están embarazadas. En realidad, este aspecto de la cultura, al que se dedica la mayor parte de las investigaciones académicas, no constituye sino una minúscula fracción de todo lo que esa cultura consagra a la salud. La cultura era la estructura correspondiente a los hábitos que podían llegar a ser conscientes en la práctica personal en virtud de Hygia; la civilización médica es el código por medio del cual nos sometemos a las instrucciones que emanan del terapeuta.

A medida que la institución médica se apropia de la administración del sufrimiento, disminuye mi responsabilidad por *mi* y *tu* sufrimiento.[150] Culturalmente regulado, el comporta-

150. Sostengo aquí que hay una correlación entre la salud y mi capacidad para continuar siendo responsable de mi conducta en el sufrimiento. El relevo de esta responsabilidad guarda correlación con una disminución de la salud. Schutz, Alfred: «Some equivocations in the notion of responsability», en: *Collected papers, II, Studies in social theory,* La Haya, Nijhof, 1964, págs. 274 a 276, indica una impottante distinción por lo que se refiere a la noción de «responsabilidad»: un hombre es responsable *de* lo que hizo; por otra parte, es responsable *ante* alguien, es decir, la persona o grupo o autoridad que lo hace responsable, o ante quien tiene que responder. Unicamente si yo me siento subjetivamente responsable de lo que hice o dejé de hacer sin ser considerado responsable (capaz de responder) ante otra persona, las consecuencias no serán la reprensión, la crítica, la censura u otras formas de castigo que me aplique algún otro, sino el pesar, el remordimiento o el arrepentimiento. En términos teológicos, el resultado será la contrición y no la atrición. Los estados consiguientes de aflicción, angustia o pena son las marcas del verdadero sentido de culpa que fenomenológicamente es algo completamente diferente del sentimiento de culpa en la terminología psicoanalítica. Esa distinción hecha por Schutz es fundamental si queremos evitar la confusión en la realidad cotidiana tradicional. También nos permite destacar una forma en que es nueva la ética de la realidad social «industrializada». En una realidad social industrializada, tanto mi supervivencia como los objetivos de mi grupo dependen del malévolo funcionamiento de herramientas, instituciones y arbitrios que en definitiva desencadenan la destrucción total sobre aquellos en cuyo servicio han sido empleados. El individuo está ligado en responsabilidad *a* su grupo *para* el funcionamiento de esos arbitrios destructivos. Una red inexplicable de culpa y pesar domina las categorías

miento autónomo en estado de salud queda restringido, lisiado y paralizado por la expansión de la asistencia médica corporativa. La eficacia de personas y de grupos primarios en la autoasistencia es anonadada por la competencia de la producción industrial de un valor sustitutivo. El equilibrio institucional entre dos modos de producción complementaria se trastorna y acabará por romperse a causa del dominio corporativo autorreforzante.

La adhesión y la lealtad crecientes a la terapéutica afecta también el carácter social de un pueblo. Una demanda idolátrica de manipulación llega a identificarse con la asistencia a la salud y reemplaza la confianza autónoma del vigor biológico, la sabiduría de las normas tradicionales y la compasión de los vecinos.[151] Cuando la dependencia respecto de la administración profesional del dolor, la enfermedad y la muerte aumenta por encima de un punto determinado, tienen que decaer la capacidad de curación en la enfermedad, la paciencia para sufrir y la fortaleza frente a la muerte. Estas tres regresiones son síntomas de la yatrogénesis en un tercer nivel: su resultado combinado es la Némesis Médica. En los tres capítulos siguientes trataré sucesivamente la aparición histórica de cada uno de esos síntomas.

éticas de la tradición. Esta experiencia por sí sola apenas puede soportarse, y en el contexto político actual no puede compartirse con los miembros de un grupo de acción. La única reacción adecuada suele ser la renuncia a los beneficios y al mismo tiempo el exilio, saliendo de ese grupo.

151. La dependencia del paciente respecto de la institución anónima manifiesta de la manera más dolorosa la estructura que adopta el conflicto de clases en la etapa actual del desarrollo industrial. Esto es lo que ha sostenido M. Foucault. Véase, por ejemplo: Foucault, Michel y les membres du G. I. S. (Groupe Information Santé): «Médecine et lutte des classes», en: *La NEF, Vers une antimédecine?,* París, Tallandier, n.º 49, 29.º año, octubre-diciembre de 1972, págs. 67 a 73.

6. LA SUPRESION DEL DOLOR

Cuando la civilización médica cosmopolita coloniza cualquier cultura tradicional, transforma la experiencia del dolor. La civilización médica tiende a convertir el dolor en un problema técnico y, por ese medio, a privar al sufrimiento de su significado personal intrínseco. La gente desaprende a aceptar el sufrimiento como parte inevitable de su enfrentamiento consciente con la realidad y llega a interpretar cada dolor como un indicador de su necesidad para la intervención de la ciencia aplicada. La cultura afronta el dolor, la anormalidad y la muerte interpretándolos; la civilización médica los convierte en problemas que pueden resolverse suprimiéndolos. Las culturas son sistemas de significados, la civilización cosmopolita un sistema de técnicas. La cultura hace tolerable el dolor integrándolo dentro de un sistema significativo. la civilización cosmopolita aparta al dolor de todo contexto subjetivo o intersubjetivo a fin de aniquilarlo.[152]

Millones de virtudes diferentes expresan los distintos aspectos de la fortaleza que tradicionalmente permitió a la gente reconocer las sensaciones dolorosas como un desafío y modelar conforme a éste su propia experiencia. La paciencia, la clemencia, el valor, la resignación, el autocontrol. la perseverancia y la humildad expresan cada uno una tonalidad diferente de las reacciones con que se aceptaron las sensaciones, transformadas

152. Formulación de Friedmann F. en una carta a Iván Illich, Munich, 26 de junio de 1974.

en la experiencia del sufrimiento, y se soportaron. El deber, el amor, la fascinación, las prácticas rutinarias, la oración y la compasión fueron simplemente algunos de los medios que permitieron soportar el dolor con dignidad. Las culturas tradicionales hicieron a cada uno responsable de su propia conducta bajo la influencia del mal o la aflicción corporales. Se reconocía el dolor como parte inevitable de la realidad subjetiva del propio cuerpo de uno en la que cada cual se encuentra constantemente a sí mismo y que constantemente está siendo modelada por las reacciones conscientes del cuerpo hacia el dolor. El sufrimiento significaba una actuación autónoma bajo la influencia de sensaciones dolorosas o angustiosas. La gente sabía que tenía que habérselas por sus propios medios con su jaqueca, su miembro fantasma o su neuralgia. La cultura determinaba su competencia para vivir con su propia recolección de lesiones pasadas y la certidumbre de su vulnerabilidad interminable.[153]

Esta rica textura de reacciones tipificadas para presentar el mal y la amenaza universal actualmente está siendo homogeneizada en una demanda de administración técnica de las sensaciones, la experiencia y las expectativas. El dolor había dado lugar a un programa cultural mediante el cual los individuos podían afrontar la realidad en las situaciones en que ésta se experimentaba como hostil para el desenvolvimiento de sus vidas. El dolor actualmente se está convirtiendo en un asunto político que da lugar a una demanda creciente por parte de los consumidores de anestesia para obtener, de manera in-

153. La expresión del dolor físico tal como se observa en las artes es un medio de reconstruir el dolor-experiencia de épocas pasadas. Brauer, Ernest Hannes: *Studien sur Darstellung des Schmerzes in der antiken bildenden Kunst Griechenlands und Italiens,* Breslau, 1934, Diss. Univ. Halle, 1934. Garnaud, F.: «La douleur dans l'art», en: *Aesculape,* 1957, pág. 40 y sig. Sherer, Wilhelm: *Der Ausdruck des Schmerzes und der Freude in den mittelhochdeutschen Dichtungen der Blütezeit,* Diss. Estrasburgo, 1908. 75 S. Albert, Christine Ottilie H.: *Leiderfahrung und Leiduberwindung in der deutschen Lyrik des 17. Jahrunderts.* Diss. Munich, 1956.

ducida artificialmente, insensibilidad, desconocimiento e incluso inconsciencia.

Mientras el dolor fue primordialmente una experiencia que tenía que afrontarse y sufrirse, su función política fue fijar límites a los abusos del hombre, hechos por el hombre, cuando éstos llegaban a ser intolerables. En la actualidad una porción creciente de todo dolor es producida por el hombre, efecto colateral de estrategias para la expansión industrial. El dolor ha dejado de concebirse como un mal «natural» o «metafísico». Es una maldición social, y para impedir que las «masas» maldigan a la sociedad cuanto están agobiadas por el dolor, el sistema industrial responde distribuyéndoles matadolores médicos. Así el dolor se convierte en una demanda de más drogas, hospitales, servicios médicos y otros productos de la asistencia impersonal, corporativa, y en el apoyo político para un ulterior crecimiento corporativo, cualquiera que sea su costo humano, social o económico.

De una manera u otra, todas las culturas enseñan el sufrimiento como arte que le permite a uno hacer frente en profunda soledad al tipo de dolor físico que no puede evitarse. La civilización médica enseña que el sufrimiento es innecesario porque el dolor puede eliminarse técnicamente.[154] Demostraré que esta manipulación técnica del sufrimiento debe dar lugar a una nueva clase de horror.

El asunto se comprende mejor cuando se incluye la situación social en la que aparece el dolor en la explicación de

154. Cito de la introducción a Poynter, F. N. L., Compilador, *Medicine and culture,* Londres, Wellcome Institute of the History of Medicine, 1969, págs. 2-3. «Durante muchos siglos, con el refuerzo de enseñanzas y creencias religiosas, el Occidente Cristiano aceptó el sufrimiento como parte necesaria de la disciplina espiritual; ahora es universalmente rechazado. La organización estatal de la asistencia médica representa este rechazo dentro de una estructura oficial... El racionalismo científico, ¿ha eliminado el apoyo de costumbres y creencias tradicionales antes de tener algo preparado para ocupar su lugar? ¿Qué ha ocurrido a otras sociedades que fomentaron el hedonismo para las masas semianalfabetas y el escepticismo para todos?». Dudo que exista ese precedente.

éste.[155] La experiencia dolorosa que resulta de los mensajes de dolor recibidos por el cerebro depende, en su calidad y en su cantidad, de cuatro factores por lo menos, además de la naturaleza y la intensidad del estímulo, a saber, la cultura, la ansiedad, la atención y la interpretación. Todos estos factores son modelados por determinantes sociales, por la ideología, la estructura económica y el carácter social. La cultura decide si la madre o el padre, o ambos, deben gemir cuando nace el niño.[156] Las circunstancias y los hábitos determinan el nivel de ansiedad del que sufre y la atención que presta a sus sensaciones corporales.[157] El adiestramiento y la convicción determinan el significado atribuido a sensaciones corporales e influyen sobre el grado en que se experimenta el dolor.[158] Bien sabido es que los soldados que en el campo de batalla consideran su mutilación como un final relativamente feliz de sus propias carreras militares rechazan las inyecciones de morfina

155. Szasz, Thomas S.: *Pain and pleasure*, Nueva York, Basic Books, 1957. (Londres, Tavistock, 1957).

156. Dick-Read, Grantly: *Childbirth without fear*, Dell Paperback, 1962 (Orig., 1944) trata de la influencia de la cultura sobre el grado de temor y la relación entre temor y experiencia dolorosa.

157. Beecher, Henry K.: *Measuremnt of subjective responses: quantitative effects of drugs*, Nueva York, Oxford Univ. Press, 1959. Los opiáceos ejercen su acción principal no sobre el impulso doloroso que se transmite a través del sistema nervioso, sino sobre la capa psicológica del dolor. Hacen descender el nivel de ansiedad. Los placebos pueden producir el mismo efecto en muchas personas. Pueden aliviarse intensos dolores postoperatorios en un 35 % de los pacientes administrándoles una tableta de azúcar o de sal, en lugar de un analgésico. Como sólo se alivia el 75 % en esas circunstancias con grandes dosis de morfina, al efecto de placebo podría atribuirse el 50 % de la eficacia medicamentosa. Véase también: Hill, Harrys *et al.*: «Studies on anxiety associated with anticipation of pain: I. Effects of morphine», en: *Archives of Neurology and Psychiatry*, 67, 1952, págs. 612 a 619.

158. Weber, Leonhard M.: «Grenzfragen der Medizin und Moral», en: *Gott in Welt*, Festgabe für Karl Rahner, Band II, 1964, págs. 693 a 723. Brena, Steven: *Pain and religion: a psychophysiological study*, C. C. Thomas, 1972. Convegni del Centro di Studi sulla Spiritualita Medievale: *Il dolore e la morte nella spiritualita secoli XII-XIII*, OH-7-10, 1962. Todi, Acad. Tudealina, 1967.

que considerarían absolutamente necesarias para aliviar su ansiedad si se les produjera una mutilación análoga a su herida en una sala de operaciones.

Conforme se medicaliza la cultura, se deforman los determinantes sociales del dolor. Mientras la cultura reconoce el dolor como una enfermedad intrínseca, íntima e intransmisible, la civilización médica considera primordialmente al dolor como una reacción general que puede ser verificada, medida y regulada. Unicamente el dolor percibido en esta forma objetivizada constituye un diagnóstico que requiere un tratamiento específico. Esta objetivización y cuantificación del dolor llega tan lejos que los tratados médicos hablan de enfermedades, operaciones o estados patológicos dolorosos aun en casos en que los pacientes afirman ser insensibles a esos dolores. El dolor requiere métodos de control por el médico más que una forma de proceder que podría ayudar a la persona que lo sufre a tomar bajo su responsabilidad su experiencia.[159] La profesión juzga[160] cuáles dolores son auténticos, cuáles tienen una base física y cuáles una psíquica, cuáles son imaginarios y cuáles son simulados. La sociedad reconoce y aprueba este juicio profesional. La compasión pasa a ser una virtud anticuada. La persona que sufre un dolor va quedándose cada vez con menos y menos contexto social que pueda darle significación a la experiencia que lo abruma.

Aún no se ha escrito la historia del dolor médico. Unas cuantas monografías doctas tratan de los momentos, durante los últimos 250 años, en que ha cambiado la actitud de los médicos hacia el dolor,[161] y pueden encontrarse algunas refe-

159. Para información sobre el estado del arte, véase: Hardy, James D. *et al.*: *Pain, sensations and reactions*, 1967. Repr. of 1952, comp. Hafner. Wolff, Harold G., y Wolff Stewart: *Pain*, 2.ª ed. American Lecture Physiology series, 1958. C. C. Thomas. Crue, Benjamín L., Jr.: *Pain and suffering. Selected aspects*, C. C. Thomas, 1970.

160. Szasz, Thomas S.: «The psychology of persistent pain. A portrait of l'Home Douloureux», en: Soulairac, Cahn, Charpentier: *Pain*, 1968, págs. 93 a 113.

161. Toellner, Richard: «Die Umbewertung des Schmerzes im 17, Jahrundert in ihren Vorraussetzungen und Folgen», en: *Med. Historis-*

rencias históricas en documentos referentes a las actitudes contemporáneas respecto del dolor.[162] La escuela existencial de medicina antropológica ha reunido valiosas observaciones sobre la evolución del dolor moderno al mismo tiempo que ha investigado el cambio de percepción corporal en una edad tecnológica.[163] La relación entre la institución médica y la ansiedad sufrida por sus pacientes ha sido explorada por psiquiatras[164] y en algunas ocasiones por médicos generales, pero la relación de la medicina corporativa con el dolor corporal en su sentido estricto es todavía un territorio virgen para las investigaciones. Una de las dificultades con que tropezará un historiador del dolor es la profunda transformación que ha sufrido por la relación del dolor con los otros males que puede padecer el hombre. El dolor ha cambiado su posición en relación con la aflicción, la culpa, el pecado, la angustia, el temor, el hambre, el impedimento y la molestia. Lo que llamamos dolor en un pabellón de cirugía o de cancerosos es algo para lo cual no tenían nombre las generaciones anteriores. Parece como si el dolor fuera ahora únicamente esa parte del sufrimiento humano sobre la cual la profesión médica puede pretender competencia o control.

Por tanto, un obstáculo primordial para una historia del dolor corporal es cuestión de lenguaje. La materia técnica que la medicina contemporánea designa con el término dolor in-

---

ches Journal, 6, 1971. Sauerbruch, Ferdinand, y Wenke, Hans: *Wesen und Bedeutung des Schmerzes,* Berlín, Junker und Dünnhaupt, 1936. Keys, Thomas: *History of surgical anesthesia,* edición revisada, Nueva York, Dover, 1963.

162. Keele, Kenneth D.: *Anatomies of pain,* Oxford, C. C. Thomas, 1957. Buddensieg, H.: *Leid und Schmers als Schofermacht,* Heidelberg, 1956

163. Buytendijk, Frederik Jacobus Johannes: *De la douleur,* Bibliothèque de Philosophie Contemporaine, P.U.F., 1951. Gebsattel, Victor E. von: *Imago hominis. Beitrage zu einer personalen Anthropologie,* 2. Aufl. Otto Muller, Salzburgo.

164. Reik, Theodor: *Lust und Leid im Witz: sechs psychoanalytische Studie,* Internationale Psychoanalytischer Verlag, Viena/Leipzig, 1929-1930.

cluso hoy día no tiene un equivalente sencillo en el habla ordinaria. En la mayoría de los lenguajes el término adoptado por los médicos comprende la aflicción, la pena, la angustia, la vergüenza y la culpa. El inglés «pain» y el alemán «Schmerz» son todavía relativamente fáciles de emplear en tal manera que se transmita un significado principal, aunque no exclusivamente físico. La mayoría de los sinónimo indogermánicos abarca una variedad más amplia de significados.[165] El dolor corporal se designa por términos que se extienden también a «trabajo duro», «faena», «prueba», «tortura», «sufrimiento», «castigo», o más generalmente «aflicción», y extiende su significado a «afección», «fatiga», «hambre», «luto», «lesión», «pena», «tristeza», «molestia», «confusión», y «opresión».

Esta letanía dista mucho de ser completa: muestra que el lenguaje puede distinguir muchas clases de «males», todos los cuales tienen un reflejo corporal. En algunos idiomas el dolor corporal es abiertamente «el mal». Si un médico pregunta en Francia a un francés típico dónde tiene un «douleur», le señalarán el punto diciendo «j'ai mal lá». En cambio, un francés puede decir: «je souffre dans toute ma chair», y al mismo tiempo decir al médico «je n'ai mal nulle part». Si el concepto de dolor corporal ha pasado por una evolución en el uso médico, no puede entenderse simplemente en la significación cambiante de cualquier término aislado.

Un segundo obstáculo a cualquier historia del dolor es su excepcional situación axiológica y epistemológica en relación con los juicios de valor y con nuestro conocimiento de él. El dolor corporal es un disvalor intrínseco acerca del cual existe

165. Véase Buck, Carl Darling: *A dictionary of selected synonims in the principal Inao-European Languages A contribution to the history of ideas*, Chicago/Londres, Univ. of Chicago Press, 1949, para los cuatro siguientes campos semánticos: dolor-sufrimiento 16.31; aflicción-pena 16.32; emoción-sensación 16.12; pasión 16-13. Véase también: Frenzen, W.: *Klagebilder und Klagegebärden in der deutschen Dichtung des hofischen Mittelalters*, Wuzburg, Diss. Bonn, 1938, 85 S. Zappert, Georg: «Uber den Ausdruck des geistigen Schmerzes im Mittelalter», en: *Denkschriften d.K. Akad. d. Wiss. Wien Phil. hist. Kl. 5. 1854*, páginas 73 a 136.

una clase peculiar de certidumbre.[166] Como disvalor intrínseco es diferente de todos los disvalores extrínsecos o generales. En otras palabras, mi compasión no es la misma para alguien que dice él mismo que sufre que para algún otro de quien se dice que sufre; y difícilmente compadezco en lo absoluto a esos indefinidos pacientes con jaquecas. El «dolor» del que es necesario escribir una historia es la primera, la intrínseca experiencia personalizada que se designa con la expresión «mi dolor». Nadie entenderá jamás «mi dolor» en la forma que yo lo pienso, a menos que sufra el mismo dolor de cabeza, lo que es imposible, porque se trata de otra persona. En este sentido «dolor» significa una ruptura de la bien definida distinción entre organismo y ambiente, entre estímulo y reacción.[167] Esto no significa una cierta clase de experiencia que permita a usted y a mi comparar nuestros dolores de cabeza, y mucho menos significa una cierta entidad fisiológica o médica, un caso clínico con ciertos signos patológicos. No es el «dolor en el esternocleido mastoideo» el que percibe el científico médico como un disvalor sistemático.[168]

Acerca de esta clase excepcional de disvalor que es el do-

166. Hartmann, Robert S.: *The structure of value: foundations of scientific axiology,* Carbondale, Southern Illinois Univ. Press, 1967, página 225 y sig.

167. Bakan, David: *Disease, pain and sacrifice. Toward a psychology of suffering,* Chicago, Beacon Press, 1968, trata del dolor como una disyunción de *telos* y *distalidad.* «El dolor, no teniendo otro *locus* sino el ego consciente, es casi literalmente el precio que paga el hombre por poseer un ego consciente... a menos que haya un organismo despierto y consciente, nada hay que pueda uno calificar perceptiblemente como dolor.»

168. Beecher, H. K.: «The measurement of pain», en: *Pharmacological Reviews,* 9, 1957, pág. 59, revista 687 referencias. Llega a la conclusión de que el dolor no puede definirse satisfactoriamente, excepto como cada persona lo define introspectivamente para sí misma. Otras exploraciones útiles de la documentación sobre el dolor: Noordenbos, W.: *Pain: problems pertaining to the transmission of nerve impulses which give rise to pain,* Nueva York, Elsevier Publishing Co., 1959, y Merksey, H., y Spear, F. G.: *Pain: psychological and psychiatric aspects,* Londres, Baillere, Tindall and Cassell, 1967.

lor, existe un tipo excepcional de certidumbre. Así como «mi dolor» pertenece de manera única sólo a mí, de igual modo estoy absolutamente solo con él. No puedo compartirlo. No tengo dudas acerca de la realidad del dolor-experiencia, pero no puedo realmente contarle a nadie lo que experimento. Supongo que otros tienen «sus» dolores, aunque no puedo percibir lo que quieren decir cuando me hablan acerca de ellos. Sé que es cierta la existencia de su dolor, porque tengo la certeza de mi compasión para ellos. Y sin embargo, cuanto más profunda es mi compasión, más profunda es mi certidumbre acerca de la absoluta soledad de la otra persona en relación con la experiencia. En efecto, reconozco los signos que hace alguien que sufre un dolor, incluso cuando esa experiencia está por encima de mi ayuda o de mi comprensión real. Esta conciencia de la soledad extrema es una peculiaridad de la compasión que sentimos ante el dolor corporal y que coloca a esta experiencia aparte de cualquiera otra, por ejemplo, de la compasión por el angustiado, el agobiado, el afligido, el apartado o el lisiado. En forma extrema, el dolor corporal carece de la distancia entre causa y experiencia que existe en otras formas de sufrimiento.

No obstante la incapacidad de comunicar el dolor corporal, la percepción de éste en otra persona es tan fundamentalmente humana que no puede ponerse entre paréntesis.[169] El paciente no puede concebir que su médico sea una persona que no tenga conciencia de su dolor, así como el prisionero no puede concebir lo mismo acerca de su torturador. La certidumbre de que compartimos la experiencia del dolor es de una clase muy especial, mayor que la certidumbre de que compartimos la naturaleza con otros. Ha habido personas que han tratado a sus esclavos como enseres pero incluso ellas reconocían que esos enseres podían *sufrir* dolor. Los esclavos son más que perros, que pueden ser lastimados pero no pueden sufrir. Ningún amo de esclavos ha podido jamás pensar que sus es-

169. Wittgenstein, Ludwig: *Philosophical investigations,* Orford, 1953, págs. 89 y sig.

clavos carezcan de la capacidad para imponer el dolor malévolamente al amo, algo que jamás podría hacer un perro. Wittgenstein ha demostrado que nuestra certidumbre especial, radical, acerca de la existencia del dolor en otras personas puede coexistir con una dificultad inextricable para explicar cómo es posible compartir lo que es único.

Sostengo la tesis de que el dolor corporal, experimentado como un disvalor intrínseco, íntimo e intransferible, incluye en nuestro conocimiento la situación social en la que se encuentran los mismos que sufren. El carácter de la sociedad modela hasta cierto punto la personalidad de los que sufren y determina así la forma en que experimentan sus propias dolencias y males físicos como dolor concreto. En este sentido, debiera ser posible investigar la transformación progresiva del dolor-experiencia que ha acompañado a la medicalización de la sociedad. El acto de sufrir el dolor siempre tiene una dimensión histórica.

Cuando sufro dolor, me doy cuenta de que se formula una pregunta. La historia del dolor puede estudiarse mejor concentrándose en esta pregunta. Tanto si el dolor es mi propia experiencia como si veo los gestos de otra persona diciéndome que lo padece, en esa percepción está escrito un signo de interrogación, que forma parte tan íntegramente del dolor físico como la soledad. El dolor es el signo de algo a lo que no se ha respondido; se refiere a algo abierto, a algo que prosigue para preguntar al momento siguiente: ¿Qué pasa? ¿Cuánto más va a durar? ¿Por qué tengo que, debo de, ha de, puedo sufrir yo? ¿Por qué existe esta clase de mal y por qué me ataca? Los observadores que no advirtieran este aspecto referencial del dolor se quedarían sin nada más que reacciones reflejas o instintivas. Estarían estudiando un conejillo de Indias, no un ser humano. Si un médico fuera capaz de eliminar esta pregunta que con su carga de valor destaca a través de las quejas de un paciente, podría reconocer el dolor como el síntoma de un trastorno corporal específico, pero no se habría acercado al sufrimiento que impulsó al enfermo a buscar ayuda.

Desgraciadamente, el desarrollo de esa capacidad para objetivizar el dolor es uno de los resultados de la enseñanza universitaria de los médicos. Su preparación suele capacitar al médico para concentrarse en los aspectos del dolor corporal de una persona concreta que son accesibles al manejo de un extraño: el estímulo nervioso periférico, la transmisión, la reacción al estímulo, o incluso el nivel de ansiedad del paciente. La preocupación se limita al tratamiento de la entidad orgánica.

La forma como se dirige la mayoría de los experimentos sobre el dolor señalan en esa dirección. Se utilizan animales para poner a prueba los efectos «analgésicos» de intervenciones farmacológicas o quirúrgicas, y las observaciones realizadas en ratones se verifican luego en personas.[170] Mientras se utilicen personas como sujetos de experimentación y se examinen en condiciones experimentales muy semejantes a las de los ratones en los que se han ensayado, los mismos analgésicos dan resultados más o menos comparables. Pero, con suma frecuencia los efectos de esos procedimientos discrepan totalmente de los que se han considerado válidos en situaciones experimentales cuando se emplea la misma droga u operación en personas que realmente sufren. En otras palabras, sólo cuando se ha suprimido la capacidad de sufrir, de aceptar el dolor, actúa la analgesia como se esperaba. Cuando la supresión del dolor por prescripción desplaza al sentido de sufrimiento inevitable moderado por el libre acceso a los analgésicos, la gente desaprende a habérselas con los dolores. «Deséchese el opio, que el propio Creador parece recetar, pues a menudo vemos crecer la amapola escarlata en los maizales como si se hubiese previsto que donde hay hambre que saciar debe haber también dolor que aliviar; deséchense unos cuantos medicamentos específicos que no descubrió nuestro arte médico; desé-

170. Soulairac, A.: Cahn, J., y Charpentier, J., comps.: *Pain*, Actas del simposio internacional organizado por el Laboratorio de Psicofisiología de la Facultad de Ciencias de París, 11 a 13 de abril de 1967, especialmente las págs. 119 a 230.

chese el vino, que es un alimento, y los vapores que producen el milagro de la anestesia, y creo firmemente que si toda la *materia médica* que actualmente se utiliza pudiera arrojarse al fondo del mar, tanto mejor sería ello para la humanidad... y tanto peor para los peces».[171]

Viviendo en una sociedad que da gran valor a la anestesia, tanto los médicos como sus clientes en potencia son readiestrados para suprimir la intrínseca interrogación del dolor. La pregunta formulada por el dolor íntimamente experimentado se transforma en una vaga ansiedad que fácilmente puede reducirse con opiáceos. Los pacientes están adiestrados para percibir su propio dolor como un estado clínicamente objetivo que puede someterse a tratamiento. El dolor escapa a nuestra comprensión; incluso podemos someternos a él sin ser capaces de sufrir. Los pacientes lobotomizados proporcionan el ejemplo extremo de esta expropiación del dolor: «se ajustan al nivel de inválidos domésticos o de falderos hogareños». El paciente se transforma en un «gato de casa, pero un minino tierno y amistoso y no un siamés refunfuñón y asustado». La persona lobotomizada percibe todavía el dolor, pero ha perdido la capacidad para sufrirlo; la experiencia del dolor queda reducida a un malestar con un nombre clínico.

Para que una experiencia dolorosa constituya sufrimiento en su sentido pleno, debe corresponder a una estructura cultural. Precisamente porque la cultura proporciona un modo de organizar esa experiencia, ofrece una condición importante para la asistencia a la salud: deja afrontar a los individuos su propio dolor. La cultura da al acto de sufrir la forma de una pregunta que puede expresarse y compartirse. La cultura proporciona el vehículo para expresar el dolor: los sonidos y gestos que comunican y alivian. También suministra la gramática para entender el dolor como un desafío que ha de soportarse con dignidad: la necesidad de comportarse de una cierta manera aparta la atención de sensaciones que de otro modo

171. Holmes, Oliver Wendell: *Medical essays*, Boston, 1883, citado por Rick Carlson.

absorberían todo. Por último, la cultura da el mito con el cual interpretar el dolor: como Kismet para el musulmán, como Karma para el hindú, como una santificante repercusión del pecado para el cristiano, para otros como venganza, castigo, mal de ojo o simplemente un misterio.

Una cultura medicalizada asigna una función no sólo a una persona que sufre, sino también al médico que se halla frente al que tiene un dolor. Aunque posee el fundamento racional para reconocer respetuosamente su impotencia ante ciertos tipos de dolor, el científico médico es incapaz de admitir el interrogante que plantea el dolor en quien lo sufre. Ese médico devalúa los dolores del paciente en una lista de quejas que puede reunirse en un expediente, pero que lo exime de responder con compasión ante la persona que sufre el dolor.

Sin duda de la antigua Grecia proviene una fuente de actitudes europeas hacia el dolor. Los griegos ni siquiera pensaban en disfrutar la felicidad sin aceptar tranquilamente el dolor. El dolor era la experiencia que tenía el alma de la evolución. El cuerpo humano formaba parte de un universo irreparablemente deteriorado, y el alma consciente enunciada por Aristóteles correspondía en toda su extensión con su cuerpo. En ese modelo no había necesidad de distinguir entre el sentido y la experiencia del dolor. El cuerpo todavía no se divorciaba del alma ni la enfermedad del dolor. Todas las palabras que indicaban dolor corporal podían aplicarse igualmente al sufrimiento del alma.

Los pupilos de Hipócrates[172] distinguían muchas clases de falta de armonía, cada una de las cuales causaba su propio tipo de dolor. De ese modo el dolor se convertía en instrumento útil para el diagnóstico. Revelaba al médico qué armonía tenía que recuperar el paciente. El dolor podía desaparecer en el proceso de la curación, pero ciertamente no era ése el objeto primor-

172. Para un estudio exhaustivo del valor diagnóstico atribuido al dolor en los textos hipocráticos, véase: Souques, A.: «La douleur dans les livres hippocratiques. Diagnostics rétrospectifs, en: *Bull. Soc. Franc. Med.,* 1937, 31, págs. 209-204; 279-309; 1938, 32, págs. 178-186; 1939, 33, págs. 37 y 38; 131-144; 1940, 34, págs. 53-59; 78-93.

dial del tratamiento del médico. La anestesia, en oposición al consuelo de la oración, el vino o la amapola, de manera sorprendente estaba ausente del ejercicio médico y de las expectativas populares. Mientras desde tiempos muy antiguos los chinos intentaron tratar la enfermedad suprimiendo el dolor, nada de esta índole destacó en el Occidente clásico. En vista de nuestra herencia griega, sería un grave error creer que la resignación al dolor se debe exclusivamente a influencias judías o cristianas. Tres diferentes palabras hebreas fueron traducidas por un solo término griego para «dolo» cuando 200 judíos del siglo II antes de J.C. tradujeron el Antiguo Testamento al griego.[173] Consideraran o no los judíos al dolor un instrumento de castigo divino, era siempre una maldición. Ni en las Escrituras ni en el Talmud puede encontrarse indicación alguna del dolor como experiencia deseable.[174] Es verdad que eran afectados por el dolor órganos muy específicos, pero esos órganos se concebían también como asientos de emociones muy específicas, y la categoría del dolor médico moderno es totalmente ajena al texto hebreo. En el Nuevo Testamento, se considera que el dolor está íntimamente entrelazado con el pecado. Mientras que para el griego clásico el dolor tenía que acompañar al placer, para el cristiano el dolor era una consecuencia de su entrega a la alegría.

La historia del dolor en la cultura europea tendría que remontarse aun antes de esas raíces clásicas y semíticas para encontrar las ideologías en que se fundaba la aceptación personal del dolor. Para el neoplatónico, el dolor se interpretaba como resultado de alguna deficiencia en la jerarquía celestial. Para el maniqueo, era el resultado de indudables prácticas perjudiciales de un malvado demiurgo o creador. Para el cristiano era la pérdida de la integridad original producia por el

173 Para un abundante tratamiento del dolor corporal y del sufrimiento en la Biblia, véase: Kittel, Gerhard: *Theologisches Worterbuch zum Neuen Testament,* Stuttgart, 1933. Los artículos siguientes: Bultmann, *lype;* Stahlin, *asthenés;* Michaelis, *pascho.* Oepke, *nosos.*

174. Jakovobitz, Immanuel: «Attitude to pain», en: *Jewish medical ethics,* Nueva York, Bloch Publ. Co. 1967, pág. 103.

pecado de Adán. Pero independientemente de cuanto anatematizara cada una de esas religiones a las demás, para todas ellas el dolor era el sabor amargo del mal cósmico, ya se considerase la manifestación de la debilidad de la naturaleza, ya la de una voluntad diabólica, ya la de una maldición divina bien merecida. Esta actitud hacia el dolor es una característica unificadora y distintiva de las culturas mediterráneas postclásicas hasta bien entrado el siglo XVII. Como lo manifestó un médico alquimista en el siglo XVI, el dolor es la «tintura amarga añadida a la espumosa mezcla de la simiente del mundo». Toda persona nacía con la vocación de aprender a vivir en una valle de lágrimas.

Este elemento ideológico común de religiones por lo demás opuestas montaron el escenario para la experiencia del dolor. Los hombres reconocían que en su dolor personal adquirían consciencia del sabor amargo de la realidad del mundo. El neoplatónico interpretaba la amargura como una falta de perfección, el cátaro como una deformidad, el cristiano como una herida de la que se le hacía responsable. Al afrontar la plenitud de la vida, que presentaba una de sus expresiones fundamentales en el dolor, la gente era capaz de levantarse en heroico desafío, o negar estoicamente la necesidad del alivio; podían recibir con gusto la oportunidad de purificarse, hacer penitencia o sacrificios, y tolerar renuentemente lo inevitable mientras buscaban la manera de aliviarlo. Siempre se han empleado el opio y el alcohol. Sin embargo, una sola forma de aproximarse al dolor era impensable: la de matar o suprimir el dolor mismo.

Toellner menciona tres razones por las cuales la idea de matar el dolor era ajena a todas las civilizaciones europeas. Primera: El dolor era para el hombre la experiencia de un universo desfigurado, no una disfunción mecánica en uno de sus subsistemas. El significado del dolor era cósmico y mítico, no individual y técnico. Segunda: El dolor era un signo de corrupción en la naturaleza, y el hombre mismo una parte de esa totalidad. No podía rechazarse uno sin la otra; no podía considerarse el dolor como algo distinto del padecimiento.

El médico podía atenuar los cólicos, pero eliminar el dolor habría significado suprimir al paciente. Tercera: El dolor era una experiencia del alma, y ese alma se hallaba presente en todo el cuerpo. El dolor era una experiencia no mediatizada por alguna carencia o de algún mal. No podía haber fuente del dolor distinta del propio dolor.

La campaña contra el dolor no se inició, sino hasta que Descartes divorció el cuerpo del alma, elaborando una imagen del cuerpo en términos de geometría, mecánica o relojería, una máquina que podía ser reparada por un ingeniero. El cuerpo se convirtió en un aparato poseído y dirigido por el alma, pero desde una distancia casi infinita. El cuerpo vivo de la experiencia (al que los franceses se refieren con la expresión «la chair» y los alemanes con «der Leib») se reducía así a un mecanismo que podía inspeccionar el alma.

Para Descartes el dolor se convirtió en una señal con la cual el cuerpo reacciona en defensa propia para proteger su integridad mecánica. Estas reacciones al peligro eran transmitidas al alma, que las identifica como dolorosas. El dolor quedaba reducido a un útil artificio de aprendizaje: ahora enseñaba al alma cómo evitar mayores daños al cuerpo. Leibnitz resume este nuevo concepto cuando cita y aprueba una sentencia de Regis, que a su vez era discípulo de Descartes: «El gran ingeniero del universo ha hecho al hombre tan perfecto como podía hacerlo, y no pudo haber inventado un artificio mejor para su conservación que dotarlo con un sentido del dolor».[175] El comentario de Leibnitz sobre esta sentencia es instructivo. Primero dice que en principio habría sido mejor aún que Dios empleara un refuerzo positivo en lugar de uno negativo, provocando el placer cada vez que un hombre se aparta del fuego que podría destruirlo. No obstante, llega a la conclusión de que Dios sólo pudo triunfar mediante esta estrategia haciendo milagros, y como, también por principio,

175. Leibnitz, Gottfried Wilhelm: *Essais de Théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal,* París, Garnier-Flammarion, 1969, N.º 342.

Dios evita los milagros, «el dolor es un artificio necesario y brillante para asegurar el funcionamiento del hombre». En el curso de dos generaciones después del intento de Descartes de establecer una antropología científica, el dolor había llegado a ser útil. De experiencia de la precariedad de la existencia se había convertido en un indicador de colapsos específicos.

A fines del siglo pasado, el dolor se había convertido en un regulador de las funciones orgánicas sujeto a las leyes de la naturaleza y sin necesidad alguna de explicación metafísica.[176] Había dejado de merecer todo respeto místico y podía ser sometido al estudio empírico con el propósito de eliminarlo. Apenas había transcurrido siglo y medio desde que por primera vez se reconoció el dolor como una simple defensa fisiológica, la primera medicina etiquetada como «matadolores» fue puesta en el comercio en La Crosse, Wisconsin, en 1853.[177] Se había desarrollado una nueva sensibilidad que no estaba satisfecha con el mundo, no porque éste fuese triste o pecaminoso, o le faltara ilustración o estuviese amenazado por los bárbaros, sino porque estaba lleno de sufrimiento y dolor. El progreso de la civilización llegó a ser sinónimo de la reducción de la suma total de sufrimiento. A partir de entonces, la política iba a ser una actividad no tanto dedicada a lograr el máximo

176. Richet, Charles: «Douleur», en: *Dictionnaire de physiologie*, Vol. V, págs. 173 a 193. París, Félix Alcan, 1902. En su clásico diccionario de fisiología en cinco volúmenes, el autor analiza el dolor como hecho fisiológico y psicológico sin considerar ni la posibilidad de su tratamiento ni su importancia diagnóstica. Llega en definitiva a la conclusión de que el dolor es supremamente útil (*souverainement utile*) porque nos hace apartarnos del peligro. Todo abuso es seguido inmediatamente para nuestro castigo por el dolor, que es sin ninguna duda superior en intensidad al placer que produjo el abuso.

177. Mathews, Mitford M. comp: *A dictionary of Americanims on historical principles*, Univ. of Chicago Press, 1966, «matadolores. Cualquiera de diversas medicinas o remedios para abolir o aliviar el dolor. 1853 La Crosse Democrat 7 de junio 2/4 Ayer's Cherry Pectoral, Perry Davis' Pain Killer. 1886 Ebbutt Emigrant Life 119. En la casa tenemos un frasco de «matadolores»... para fines medicinales».

de felicidad como el mínimo de sufrimiento.[178] El resultado es una tendencia a ver el dolor como un acontecimiento esencialmente pasivo impuesto en víctimas desamparadas porque no se utiliza en su favor el arsenal de la corporación médica.

En este contexto ahora parece racional huir del dolor y no afrontarlo, aun al costo de renunciar a una intensa vivencia. Parece razonable eliminar el dolor, aun al costo de perder la independencia. Parece esclarecido el negar legitimidad a todas las cuestiones no técnicas que plantea el dolor, aunque esto signifique convertir los enfermos en falderos. Con los crecientes niveles de insensibilidad provocada al dolor, se ha reducido igualmente la capacidad para experimentar las alegrías y los placeres sencillos de la vida. Se necesitan estímulos cada vez más enérgicos para proporcionar a la gente de una sociedad anestésica alguna sensación de estar viva. Las drogas, la violencia y el horror quedan como los únicos estímulos que todavía pueden despertar una experiencia del propio yo. La difusión de los «matadolores» aumenta la demanda de excitación dolorosa.

Este umbral elevado de experiencia mediatizado fisiológicamente, que es característica de una sociedad medicalizada, hace extremadamente difícil en la actualidad el reconocer en la capacidad de sufrir un síntoma posible de salud. El recordatorio de que el sufrimiento es una actividad responsable resulta casi insoportable para los consumidores, para quienes coinciden el placer y la dependencia respecto de productos industriales. Ellos justifican su estilo pasivo de vida al equiparar con el «masoquismo» toda participación personal en reacciones al dolor inevitable. Mientras rechazan la aceptación del sufrimiento como una forma de masoquismo, los consumidores de anestesia tratan de encontrar un sentido de realidad en sensaciones cada vez más intensas. Tratan de encontrar significado a sus vidas y poder sobre los demás soportando dolores indiagnosticables y sufrimientos que no pueden tener alivio médico aspirando a la vida agitada de un promi-

178. Minogue, Kenneth: *The liberal mind,* Methven, Londres, 1963.

nente hombre de negocios o apasionándose por las películas de horror, o provocando en realidad la experiencia del dolor corporal.

En una sociedad de esa índole, el ofrecer un ideal que consiste en habérselas por sí mismo y de manera ordenada culturalmente con los dolores inevitables, recurriendo a un mínimo de sedantes, estupefacientes y anestésicos en último extremo, se interpretará erróneamente como un deseo morboso de padecer el dolor.

En última instancia, el tratamiento del dolor podría sustituir el sufrimiento por una nueva clase de horror: la experiencia de lo artificialmente indoloro. Lifton describe los efectos de la muerte en gran escala sobre los supervivientes estudiando a personas que estuvieron cerca de la «zona cero» en Hiroshima.[179] Este autor observó que las personas que anduvieron entre los lesionados y moribundos simplemente dejaron de sentir; se hallaban en un estado de cierre emocional, sin reacción emotiva alguna. Lifton cree que después de un tiempo ese cierre se mezcló con una depresión que 20 años después de la bomba se manifestaba todavía en el sentimiento de culpa o vergüenza de haber sobrevivido sin experimentar ningún dolor en el momento de la explosión. Esas personas viven en un encuentro interminable con la muerte que las perdonó, y sufren de una enorme pérdida de confianza en la gran matriz humana que sostiene la vida de cada ser humano. Experimentaron su tránsito anestesiado a través de ese acontecimiento como algo precisamente tan monstruoso como la muerte de la gente que les rodeaba: como un dolor demasiado oscuro y demasiado abrumador para admitir la interrogación.[180]

179. Lifton, Robert J.: *Death in life-survivors of Hiroshima,* Nueva York, Random House, 1969.

180. Des Pres, Terence: *Survivors and the will to bear witness.* Del libro de próxima aparición *The survivors,* Oxford Univ. Press, 1974, en: Social Research, Vol. 40, N.º 4, invierno de 1973, págs. 668 a 690, presenta una crítica constructiva de Lifton, Robert, v. n. Según él, los supervivientes de los campamentos de concentración tienen el impulso de dar importancia a una experiencia anónima que han conocido: el

Lo que hizo la bomba en Hiroshima podría orientarnos para comprender el efecto acumulativo de una sociedad en la que el dolor ha sido «expropiado» médicamente. El dolor pierde su carácter referencial cuando es embotado, y engendra un horror residual insensato, indudable. El sufrimiento, que era soportable gracias a las culturas tradicionales, algunas veces engendraba angustia intolerable, maldiciones torturadas y blasfemias exasperantes; todo esto también seguía un curso definido y limitado. La nueva experiencia que ha reemplazado al sufrimiento digno es la conservación artificialmente prolongada, opaca, despersonalizada. El uso creciente de matadolores convierte cada vez más a la gente en espectadores insensibles de sus propios yos en decadencia.

---

dolor que carece completamente de sentido. Según Des Pres, su mensaje es profundamente ofensivo porque desde mediados del siglo XIX el sufrimiento de los demás ha llegado a revestirse de un carácter moral. Kierkegaard predicaba la salvación por el dolor, Nietzsche ensalzaba los bajos fondos, Marx a los pisoteados y oprimidos. El superviviente despierta la envidia de su sufrimiento, y simultáneamente ofrece el testimonio de que el dolor sólo pueden valorarlo unos cuantos privilegiados. Propongo otra explicación: la gente evita al superviviente porque éste se siente impulsado a despertar la atención sobre el aumento del dolor completamente carente de significado que se soporta, no se sufre, en la sociedad industrial.

7. LA INVENCION Y ELIMINACION DE LA ENFERMEDAD

La Revolución Francesa dio a luz dos grandes mitos: uno, que los médicos podían sustituir a los clérigos; el otro, que con el cambio político la sociedad podía volver a un estado de salud original. La enfermedad se convirtió en un asunto público. En el nombre del progreso ha dejado de ser de la incumbencia de los que están enfermos.[181]

En 1792, durante varios meses la Asamblea Nacional en París trató de decidir cómo reemplazar a los médicos que luchaban mediante la asistencia a los enfermos con una burocracia terapéutica proyectada para administrar un mal destinado a desaparecer con el advenimiento de la igualdad, la libertd y la fraternidad. El nuevo clero habría de financiarse con fondos expropiados de la iglesia. Habría de orientar a la nación en una conversión militante hacia la vida sana que haría menos necesaria la asistencia médica para los enfermos. Cada familia podría volver a hacerse cargo de sus miembros, y cada aldea atender a los enfermos sin parientes. Un Servicio Nacional de Salud estaría a cargo de la asistencia sanitaria y supervisaría la promulgación de leyes dietéticas y de estatutos para obligar a los ciudadanos a utilizar sus nuevas libertades en la vida frugal y los placeres sanos. Funcionarios médicos

181. En este capítulo cito libremente de documentos reunidos en el magistral estudio: Foucault, Michel: *Naissance de la clinique, une archeologie du regard médical,* París, P.U.F., 1972.

supervisarían el acatamiento de la ciudadanía y magistrados médicos presidirían tribunales de salud para protegerse contra charlatanes y explotadores.

Aún más radicales fueron las propuestas de un subcomité para la Eliminación de la Mendicidad. En contenido y estilo son semejantes a algunos manifiestos de la Guardia Roja y las Panteras Negras que piden que vuelva al pueblo el control sobre la salud. Se afirmaba que la asistencia primordial pertenece únicamente a los vecindarios. Los gastos públicos para asistencia a los enfermos se emplean mejor como suplemento de los ingresos de los afligidos. Si se necesitan hospitales, deben ser especializados: para los ancianos, los incurables, los locos o los expósitos. La enfermedad es un síntoma de corrupción política y será eliminada cuando se limpie el gobierno.

Habitualmente se identificaba a los hospitales como focos de infección, lo que era fácil de explicar.[182] Eran instituciones de caridad para asilar menesterosos. Nadie iba a un hospital a recuperar la salud. Juntos se confundían los enfermos, locos, lisiados, epilépticos, incurables, expósitos y amputados recientes de todas edades y de ambos sexos; las amputaciones se practicaban en los corredores, entre las camas. Se repartían algunos alimentos; capellanes y legos piadosos iban a ofrecer consuelo, y los médicos hacían visitas de caridad. Menos del 3 % del magro presupuesto se gastaba en remedios. Más de

182. Para la historia de los hospitales véase: Risley, Mary: *House of healing. The story of the hospital,* Garden City, N. Y. Doubleday, 1961. Imbert, Jean: *Les hopitaux en France,* París Coll. «Que sais-je?», P.U.F., 1958. Steudler, F.: *Le systeme hospitalier. Evolution et transformation,* París, Centre d'etudes des Mouvements Sociaux, 1973, documento multicopiado. Ferry-Pierret, Janine, y Karsenty, Serge: *Pratiques médicales et systeme hospitalier,* París, Cerebe, enero de 1974. Jetter, Dieter: *Geschichte des Hospitals,* Wiesbaden, Steiner Verlag, 1966. Südhoff Archive, Beihefte, Heft, 5, es un plan de publicación de varios volúmenes, claro y completo, de fuerte orientación arquitectónica. Burdett, Henry: *Hospitals and asylums of the world: their origin, history, construction, administration... and legislation,* 4 vols. Londres, 1893, un clásico monumental.

la mitad se iba en la sopa del hospital; las monjas podían ir pasándola con una pitanza. Como las cárceles, los hospitales se consideraban un último recurso: nadie pensaba en ellos como herramientas para administrar tratamiento para mejorar a los internados.[183] Lógicamente, el grupo de la Montaña fue más allá de las recomendaciones formuladas por la Comisión de Mendicidad. Algunos pidieron de plano la abolición de todos los hospitales, diciendo que eran «inevitablemente lugares para congregar enfermos y engendrar miseria mientras estigmatizan al paciente. Si una sociedad continúa necesitando hospitales, es signo de que su revolución ha fracasado».

La influencia de Rousseau vibra en este deseo de restaurar la enfermedad a su «estado natural»: de devolver la sociedad a la «enfermedad silvestre» que termina por sí sola, puede soportarse con virtud y estilo, y ser atendida en los hogares de los pobres, así como anteriormente se habían atendido las enfermedades de los ricos. La enfermedad se vuelve compleja, intratable e insoportable únicamente cuando la explotación divide a la familia. Se vuelve maligna y degradante cuando llegan la urbanización y la civilización. La enfermedad que se ve en los hospitales es hecha por el hombre, como todas las formas de injusticia social, y prospera entre los sibaritas y sus explotados. «En el hospital, la enfermedad es totalmente corrupta; se vuelve "fiebre de prisión" que se caracteriza por espasmos, fiebre, indigestión, orina pálida, respiración deprimida y conduce en definitiva a la muerte: si no en el octavo o en el undécimo día, entonces en el decimotercero.» Con este género de expresiones se convirtió por primera vez la medicina en un problema político. Los planes para dirigir mecánicamente a una sociedad y llevarla a la salud comenza-

183. Para la historia del mejoramiento mediante la encarcelación, consúltese: Rothman, David: *The discovery of the asylum, Boston, Little* Brown and Co., 1971. Kotler, Milton: *Neighborhood government: the local foundations of political life,* Nueva York, Bobbs-Merril Co., 1969, presenta una muestra clara por lo que respecta a Boston. Véase también: Carlson, Rick J.: *There are no cures in cages,* The Center Magazine, Santa Bárbara, mayo-junio de 1974, págs. 27 a 31.

ron con la llamada a una reconstrucción social que eliminaría los males de la civilización. Lo que Dubos ha llamado el Espejismo de la Salud comenzó como un programa político.

En la retórica pública de los años inmediatamente siguientes a 1790, no existía en lo absoluto la idea de aplicar intervenciones biomédicas sobre la gente o sobre su ambiente. Unicamente con la Restauración se confió a la profesión médica la tarea de eliminar la enfermedad. Tras el Congreso de Viena, proliferaron los hospitales y prosperaron las escuelas de medicina. Lo mismo ocurrió con el descubrimiento de enfermedades, entonces éstas eran todavía problemas primordialmente no técnicos. En 1770, poco sabía la medicina general aparte de la peste y las erupciones pustulosas,[184] pero en 1860 hasta el ciudadano común y corriente reconocía el nombre médico de una docena de enfermedades. La súbita aparición del médico como salvador, héroe de la cultura y forjador de milagros no se debió a la eficacia comprobada de nuevas técnicas, sino a la necesidad de un ritual mágico que prestara credibilidad a una actividad en la que había fracasado una revolución política. Para que los conceptos de «enfermedad» y «salud» pudieran reclamar fondos públicos, tuvieron que hacerse operativos. Fue necesario convertir las dolencias en enfermedades objetivas. Tuvieron que definirse clínicamente y verificarse especies para que los funcionarios pudieran clasificarlas en pabellones, archivos, presupuestos y museos. El objeto del tratamiento médico definido por una ideología política nueva, aunque sumergida, adquirió la categoría de una entidad que existía completamente por separado tanto del médico como del paciente.

Olvidamos a menudo qué poco tiempo hace que nacieron las entidades nosológicas. A mediados del siglo XIX, todavía se citaba con aprobación un aforismo atribuido a Hipócrates: «No puedes descubrir peso ni forma ni cálculo al cual referir tu juicio sobre salud y enfermedad. En las artes médicas no

184. Millespierres, François: *La vie quotidienne des médecins au temps de Molière,* París, Hachette, 1964.

existe más certeza que la de los sentidos del médico». La enfermedad era todavía el sufrimiento personal en el espejo de la visión del médico. La transformación de este retrato médico en una entidad clínica representa un acontecimiento en medicina que corresponde a la hazaña de Copérnico en astronomía: el hombre fue violentamente lanzado y alejado del centro de su universo.

Se necesitaron tres siglos de preparación antes que pudiera registrarse esta súbita aparición de la enfermedad. La esperanza de lograr en la medicina la perfección que Copérnico había dado a la astronomía data de los tiempos de Galileo. Descartes trazó las coordenadas para ejecutar el proyecto. Su descripción convirtió eficazmente el cuerpo humano en un mecanismo de relojería y estableció una nueva distancia no sólo entre alma y cuerpo, sino también entre la queja del paciente y el ojo del médico. Dentro de esa estructura mecanizada, el dolor se convirtió en una luz roja y la enfermedad en una avería mecánica. Se hizo posible una nueva clase de taxonomía de las enfermedades. Así como podían clasificarse los minerales y las plantas, así el médico-taxonomista podía aislar las enfermedades y colocarlas en su lugar. Se había establecido la estructura lógica para un nuevo objetivo de la medicina. Se situó la enfermedad en el centro del sistema médico, una enfermedad que podía ser sometida a: a) verificación operativa mediante la medición, b) estudio clínico y experimentación y c) evaluación conforme a normas mecánicas.

Los contemporáneos de Galileo fueron los primeros en aplicar la medición al enfermo.[185] Tuvieron poco éxito. Como

185. Para la historia de las mediciones consúltese dos simposios: Woolf, Harry, comp.: *Quantification: a history of the meaning of measurement in the natural and social sciences,* Bobbs Merrill, 1961, y Lesner, Daniel: *Quantity and Quality, The Hayden Colloquium on scientific method and concept,* Nueva York, Free Press of Glencoe, 1961. Consúltese especialmente en Woolf, Harry, el trabajo de Shryock, Richard H.: *The history of quantification in medical science,* págs. 85 a 107. Para la aplicación de la medición a aspectos no médicos del hombre, véase: Stevens, S. S.: «Measurement and man», en: *Science,* Vol. 127, N.º 3.295, 21 de febrero de 1958, págs. 383 a 389, y

Galeno había enseñado que la orina se secretaba directamente de la vena cava, y que su composición era una indicación directa de la naturaleza de la sangre, los médicos habían probado y olido la orina y la habían analizado a la luz del sol y de la luna. Los alquimistas del siglo XVI habían aprendido a medir el peso específico con precisión considerable, y sometieron a sus métodos la orina de los enfermos. Se atribuyeron a cambios del peso específico de la orina docenas de significados distintos y diferentes. Con esta primera medición, los médicos comenzaron a leer significados diagnósticos y curativos en toda nueva medición que aprendían a ejecutar.

El empleo de mediciones físicas preparó para creer en la existencia real de enfermedades y en su autonomía de la percepción de médico y paciente. El empleo de la estadística apuntaló esa creencia. Mostró que las enfermedades se hallaban en el ambiente y podían invadir e infectar a la gente. Los primeros ensayos clínicos en que se utilizaron estadísticas, practicados en los Estados Unidos en 1721 y publicados en Londres en 1722, proporcionaron datos sólidos que indicaban la amenaza de la viruela para Massachusetts, y que los vacunados estaban protegidos contra sus ataques. Esos ensayos fueron dirigidos por el Dr. Cotton Mather, mejor conocido por su competencia inquisitorial durante los juicios de las brujas de Salem que por esa vigorosa defensa de la vacuna antivariólica.

Durante los siglos XVII y XVIII, los médicos que aplicaban mediciones a los enfermos podían ser considerados charlatanes por sus colegas. Durante la Revolución Francesa, los médicos ingleses miraban todavía con desconfianza la termometría clínica. Junto con la rutinaria toma del pulso, llegó a ser práctica clínica aceptada apenas alrededor de 1845, treinta años después que Laennec comenzó a usar el estetoscopio.

Conforme el interés del médico se trasladaba del enfermo

Stevens, S. S.: *Handbook of experimental psychology,* Nueva York, John Wiley & Sons.

a la enfermedad, el hospital se convertía en un museo de enfermedades. Los pabellones estaban llenos de indigentes que ofrecían sus cuerpos como espectáculos a cualquier médico deseoso de tratarlos.[186] Hacia fines del siglo XVIII se desarrolló el concepto de que el hospital era el lugar lógico para estudiar y comparar «casos». Los médicos visitaban hospitales donde se mezclaba toda clase de gente enferma, y se adiestraban para escoger varios «casos» de la misma enfermedad. A la cabecera del enfermo, perfeccionaron su ojo clínico. Durante los primeros decenios del siglo XIX, la actitud médica hacia los hospitales continuó con un desarrollo ulterior. Hasta entonces, los nuevos médicos se habían preparado principalmente mediante conferencias, demostraciones y discusiones. Ahora la «cabecera» pasó a ser la clínica, el lugar donde se adiestraban los futuros médicos para ver y reconocer enfermedades. El concepto clínico de la enfermedad dio origen a un nuevo lenguaje que hablaba acerca de las enfermedades desde la cabecera, y a un hospital reorganizado por la enfermedad para la exhibición de enfermedades a los estudiantes.

El hospital, que muy a principios del siglo XIX había pasado a ser un lugar para el diagnóstico, se convertía ahora en un lugar para la enseñanza. Pronto se transformaría en un la-

186. Cuando la enfermedad pasó a ser una entidad que podía separarse del hombre y ser manejada por el médico, súbitamente otros aspectos del hombre se hicieron separables, usables, vendibles. La venta de la sombra es un motivo literario típico del siglo XIX (A. V. Chamisso: *Peter Schlemihls wundersame Geschichte,* 1814.) Un médico demoníaco puede privar al hombre de su imagen en el espejo (E. T. A. Hoffman, 1815: «Die Geschichte vom verlorenen Spiegelbild», en: *Die Abenteur ainer Sylvesternacht*) en W. *Hauff «Das steinerne Hertz»,* en: *Das Wirtshaus im Spessat,* 1828) el héroe cambia su corazón por uno de piedra para salvarse de la bancarrota. En las dos generaciones siguientes se da tratamiento literario a la venta del apetito, el nombre, la juventud y las memorias. Véase: Frenzel, Elisabeth: «Schlemihl», en: *Stoffe der Weltliteratur,* Stuttgart, Kroner Verlag, 1970, págs. 667 a 669. Obsérvese que esta «venta» típica del siglo XIX es claramente distinta del viejo motivo fáustico en el cual el alma pertenece después de la muerte al diablo. Dedeyan, Charles: *Le theme de Faust dans la littérature européenne,* 4 vols. París, 1954-1961.

boratorio para experimentar con tratamientos y hacia fines del siglo en un lugar para curar.[187] Actualmente el lazareto se ha transformado en un taller de reparaciones dividido en compartimientos.

Todo esto sucedió en etapas. Durante el siglo XIX, la clínica pasó a ser el lugar donde se reunían los portadores de enfermedades, se identificaban éstas y se llevaba un censo de ellas. La percepción médica de la realidad llegó a fundarse en el hospital mucho antes que el ejercicio de la profesión médica. El hospital especializado que pedían los revolucionarios franceses en beneficio del paciente llegó a ser realidad porque los médicos necesitaban clasificar las enfermedades. Durante todo el siglo XIX, la patología continuó siendo en proporción abrumadora la clasificación de anomalías anatómicas. Sólo hacia fines del siglo comenzaron los discípulos de Claudio Bernard también a clasificar y catalogar la patología de las funciones.[188] Junto con la enfermedad, la salud adquirió una categoría clínica, convirtiéndose en la ausencia de síntomas clínicos. Los patrones clínicos de la normalidad se asociaron con el bienestar.[189]

La enfermedad nunca pudo haberse asociado con la anormalidad si el valor de los patrones universales no se hubiera reconocido en un dominio tras otro durante un período de 200 años. El valor de esos patrones fijados operativamente se elevó con la expansión de los estados naciones. La primera forma de conducta que se sujetó a normas fue el lenguaje. En

187. Berghoff, Emmanuel: *Entwicklungageschichte des Krankheitzbegriffes,* Viena, Maudrich, 1947.

188. Grmex, Mirko D.: «La conception de la maladie et de la santé chez Claude Bernard», en: Koyré, Alexandre: *Mélanges Alexandre Koyré. L'aventure de la science,* Vol. I, págs. 208-227, París, Hermann, 1964.

189. Canguilhem, Georges: *Le normal et le pathologique,* París, P.U.F., 1972, es una tesis sobre la historia de la idea de la normalidad en la patología del siglo XIX, tesis terminada en 1943 a la que se agregó un epílogo en 1966. Sobre la historia de la «normalidad» en psiquiatría, véase: Foucault, Michel: *Histoire de la folie à l'age classique,* París, Plon, 1961.

1635, a instancias del cardenal Richelieu, el rey de Francia formó una Academia de los cuarenta supuestamente más distinguidos hombres de letras franceses, con el propósito de proteger y perfeccionar la lengua francesa. En realidad, impusieron el lenguaje de la burguesía en ascenso que también estaba ganando control sobre las crecientes herramientas de producción. El lenguaje de la nueva clase de productores capitalistas se hizo normativo para todas las clases. La autoridad estatal se expandió rebasando el derecho escrito para regular los medios de expresión. Los ciudadanos aprendieron a reconocer el poder normativo de una élite en dominios que no habían sido tocados por los cánones de la iglesia ni por los códigos civil y penal del estado. Los errores cometidos contra las leyes codificadas de la gramática francesa llevaban ahora sus propias sanciones; ponían al que hablaba en su lugar, es decir, lo privaban de un privilegio. Buen francés era el que se elevaba hasta las normas académicas, como pronto habría de ser buena salud la que se ajustaba a las normas clínicas.

«Norma» en latín significa escuadra, la escuadra del carpintero. Hasta los años 1830 y siguientes, la palabra inglesa «normal» significaba tenerse en ángulo recto. Durante los años cuarenta llegó a designar cosas que se ajustaban a un tipo común. En los ochenta, en los Estados Unidos, pasó a significar el estado o condición habitual, no sólo de cosas, sino también de personas. Unicamente en nuestro siglo pudo emplearse para evaluar a la gente. No obstante, en Francia la palabra fue transpuesta de la geometría a la sociedad un siglo antes. «Ecole Normale» designó a la escuela donde se formaban los maestros para el Imperio. Augusto Comte fue el primero en dar a la palabra una connotación médica alrededor de 1840. Comte confiaba en que una vez conocidas las leyes relativas al estado normal del organismo, sería posible emprender el estudio de la patología comparada.

Durante el último decenio del siglo XIX, normas y patrones llegaron a ser criterios fundamentales para el diagnóstico y la terapéutica. Para que esto ocurriera, no fue necesario que todos los rasgos anormales se consideraran patológicos: fue suficiente

que todas las características patológicas se consideraran anormales. La enfermedad como desviación de una norma hizo legítima la intervención médica proporcionando una orientación para la terapéutica.

La percepción de la enfermedad como desviación de la norma está cambiando actualmente la relación médico-hospital por tercera vez.[190] Creo que estamos en medio de esa transformación. Cotton Mather fue el primero en utilizar la estadística para describir la naturaleza de la enfermedad. Actualmente la medicina la emplea cada vez más para el diagnóstico y el tratamiento. La palabra «clínica», que quiere decir cama y, con un significado más extenso, la actitud indiferente adoptada por el médico, significa actualmente un lugar donde la gente llega para averiguar si debe considerarse enferma o no. La sociedad se ha convertido en una clínica, y todos los ciudadanos se han hecho pacientes cuya presión arterial se vigila constantemente y se regula hasta quedar «dentro» de los límites normales.

La edad de la medicina de hospital, que desde su origen hasta su decadencia no ha durado más de un siglo y medio, está llegando a su fin.[191] Los problemas de personal, dinero, acceso

190. Office of Health Economics: *Eficiency in the hospital service,* OHE publ. Studies on Current Health Problems, N.º 22. Londres.

191. Para la historia de las ideas médicas durante el siglo XIX: Laín Entralgo, P.: *La medicina hipocrática* (Revista de Occidente), Alianza, 1970. Leibrand, Werner: *Heilkunde. Eine Problemgeschichte der Medizin,* Friburgo/Br., Alber Verlag, 1953. Hartmann, F.: *Der ärztliche Auftrag. Die Entwicklung der Idee des abendländischen Arzttume aus ihren weltanschaulich-anthropologischen Voraussetzungen bis zum Beginn der Neuzeit,* Göttingen, 1956. Merleau-Ponty: «L'oeil de l'esprit», en: *Les Temps Modernes,* N.º 184-185, París, 1961, págs. 193 y sig. Merleau-Ponty: *Phénoménologie de la perception,* París, 1945. Leibrand, Werner: *Spekulative Medizin der Romantik,* Hamburgo, 1956. Freyer, Hans: «Der Arzt und die Gesellschaft», en: *Der arzt und der Staat,* Leipzig, 1929. Fulop-Miller, René: *Kulturgeschichte der Heilkunde,* Bruckmann, Munich, 1937. Rothschuh, K. E. Hrag: *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklarung, Sinnegebung,* Wege der Forschung, Volumen CCCLXII. Darmstadt, Wissenschaftliche. Buchgesellschaft. Dieciocho contribuciones críticas históricamente importantes de los siglos

y control que acosan a los hospitales en todas partes pueden interpretarse como síntomas de una nueva crisis en el concepto de la enfermedad. Esta es una crisis verdadera porque admite dos soluciones opuestas, y ambas hacen anticuados a los hospitales actuales. La primera solución consiste en aumentar la medicalización patógena de la asistencia a la salud, expandiendo más aún el control de la profesión médica sobre la gente sana. La segunda es una desmedicalización crítica, científicamente justa, del concepto de enfermedad.

La epistemología médica es mucho más importante para la solución sana de esta crisis que la biología médica o la tecnología médica. Esa epistemología tendrá que aclarar la condición lógica y la naturaleza social del diagnóstico y la terapéutica, primordialmente en las enfermedades físicas por oposición a las mentales. Toda enfermedad es una realidad creada socialmente. Lo que significa y la reacción que evoca tienen una historia. El estudio de esa historia puede permitirnos entender el grado en que somos prisioneros de la ideología médica en que fuimos formados.

Recientemente una serie de autores ha tratado de quitar a la desviación mental la condición de «enfermedad». Paradójicamente, han hecho más y no menos difícil el plantear la misma clase de cuestión acerca de las enfermedades en general. Leifer, Goffman, Szasz, Laing y otros, todos ellos están interesados en la génesis política de las enfermedades mentales y en su uso con fines políticos.[192] Para aclarar su punto de vista,

---

XIX y XX a la epistemología de la enfermedad, entre ellas: C. W. Hufeland, R. Virchow, R. Koch, y F. Alexander Toelner R., publicarán un volunmen paralelo: *Erfahrung und Denken in der Medizin.*

192. Szasz, Thomas: *Myth of mental illness*, Harper and Row, 1961. Szasz Thomas: *Manufacture of madness: a comparative study of the inquisition and the mental health movement*, Harper and Row. 1970. Leifner, Ronald: «In the name of mental health: social functions of psychiatry», *Science*, 1969. Goffman, Erving: *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Nueva York, Doubleday, 1973 (orig. 1961). Laing, R. D., y Esterson, A.: *Sanity, madness and the family*, Penguin, 1970.

todos ellos contrastan la enfermedad mental «irreal» con la enfermedad física «real».

Según ellos, el lenguaje de las ciencias naturales que actualmente se aplica a todas las afecciones que estudian los médicos en realidad sólo corresponde a la enfermedad física. Esta se confina en el cuerpo, y se halla en un contexto anatómico, fisiológico y genético. La existencia «real» de esas afecciones puede confirmarse mediante mediciones y experimentos. Esa verificación operativa de la enfermedad «real» puede practicarse —por lo menos teóricamente— sin referencia alguna a un sistema de valores. Nada de esto se aplica a la enfermedad mental: su situación como «enfermedad» depende totalmente del juicio psiquiátrico. El psiquiatra actúa como el agente de un medio social, ético y político. Las mediciones y los experimentos en esos estados «mentales» sólo pueden realizarse dentro de la estructura de coordinadas ideológicas que derivan su estabilidad del prejuicio social general del psiquiatra. Se culpa a la vida de que las enfermedades prevalezcan en una sociedad alienada, pero si bien la reconstrucción política podría eliminar muchas de las enfermedades psíquicas, simplemente proporcionaría tratamientos técnicos mejores y más equitativos para los que están físicamente enfermos. Esta posición antipsiquiátrica, que da legitimidad a la condición apolítica de la enfermedad física negando el carácter de enfermedad a las desviaciones mentales, es una posición minoritaria en el Occidente aunque parece acercarse a una doctrina oficial en la China moderna, donde la enfermedad mental se considera como acción política. Los políticos maoístas toman a su cargo a los que sufren desviaciones psicóticas. Bermann informa que los chinos se oponen a la práctica rusa revisionista de despolitizar la desviación política de los enemigos de clase encerrándolos en hospitales y tratándolos como si tuvieran una enfermedad análoga a una infección. Los chinos pretenden que sólo el procedimiento opuesto puede dar resulta-

193. Bermann, Gregorio: *La salud mental en China*, Ed. JorgeAlvarez, Buenos Aires, 1970.

dos: la reeducación política intensiva de gente que en la actualidad, tal vez inconscientemente, es enemiga de clase. Su autocrítica la hará políticamente activa y, con ello, sana. También aquí la insistencia en la naturaleza primordialmente no clínica de la desviación mental refuerza la creencia de que otra clase de enfermedad es una entidad material.[194]

La sociedad industrial no puede funcionar sin proporcionar a sus miembros muchas oportunidades de ser diagnosticados víctimas de una enfermedad sustantiva, real, como una entidad distinta. Una sociedad superindustrializada es morbosa, en el sentido de que la gente no encaja en ella. En realidad, la gente se rebelaría contra ella, si los médicos no le diera un diagnóstico que explica su incapacidad para luchar como un defecto de salud. El diagnóstico transfiere la causa del colapso del individuo del ambiente tecnificado al organismo que no se ajusta. Así la enfermedad adquiere por sí sola su propia sustancia dentro del «cuerpo» de la persona. El médico le da forma y la define para el paciente. La clasificación de enfermedades (nosología) que adopta la sociedad refleja su estructura institucional, y la enfermedad que esta estructura engendra es interpretada para el paciente en el lenguaje que las instituciones han engendrado. El origen social de las entidades nosológicas es la necesidad que tiene la gente industrializada de exonerar a sus instituciones. Cuanto más tratamiento cree la gente que necesita, menos puede rebelarse contra el crecimiento industrial.

Hasta que la enfermedad llegó a percibirse como una anormalidad orgánica o psicosocial, el paciente pudo confiar en encontrar en los ojos de su médico un reflejo a su propia angustia. Lo que actualmente encuentra es la mirada de un conta-

194. Sedgewick, Peter: .Illness, mental and otherwise. All illnesses express a social judgement», en: *Hastings Center Studies,* Vol. I, N.º 3, 1973, págs. 19 a 40, señala que algunos hechos constituyen afecciones y enfermedades sólo después que el hombre los designa como desviaciones (estados que están bajo el control social). Promete plantear la cuestión epistemológica acerca de la enfermedad en general en un libro que pronto publicará Harper and Row.

dor embebido en cálculos de insumo producto.[195] Se apropian de su enfermedad y la convierten en materia prima para una empresa institucional. Se interpreta su estado conforme a una serie de reglas abstractas en un lenguaje que él no puede entender. Le enseñan acerca de entidades ajenas que combate el médico, pero sólo en la medida que el médico considera necesario para obtener la colaboración del paciente en su manejo ingenieril de intervenciones y de circunstancias. Los médicos se apoderan del lenguaje: la persona enferma queda privada de palabras significativas para expresar su angustia, que aumenta más aún por la mistificación lingüística.

La yatrogénesis debida al control del médico sobre el lenguaje del que sufre es uno de los bastiones básicos del privilegio profesional. Tan pronto como se evalúa la eficacia médica en lenguaje ordinario, se advierte que diagnósticos y tratamientos no van más allá del conocimiento que cualquier profano puede adquirir. El ejemplo del lenguaje especializado hace un tabú de la desprofesionalización de la medicina.[196]

195. Israel, Joachim: «Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin», en: *Neue Gesellschaft,* 1974, págs. 397-404.

196. Para documentarse sobre la historia de las palabras empleadas para salud, curación, enfermedad y disfunciones corporales, véase Dornseif, Franz: *Der deutsche Wortschats nach Sachgruppen,* Berlín, De Gruyter & Co. 1970, secciones 2.11-2.22 y 2.41-2.45. Para los sinónimos indogermánicos, véase Buck, Carl D.: *A dictionary of selected synonyms in the principal Indo-European languages,* Chicago y Londres, Univ. of Chicago Press, 1949, 3.ª impresión, 1971, secciones 4.83-4.84. Moll, Otto E.: *Sprichwörter-Bibliographie,* Frankfurt Am Main, Vittorio Klostermann, 1958, comprende 58 colecciones de proverbios en todos los idiomas en relación con «salud, enfermedad, medicina, higiene, estupidez y pereza», págs. 534 a 537. Steudel, Johannes: *Die Sprache des Arztes. Ehrymologie und Geschichte medizinischer Termini* es una historia del lenguaje médico. Goltz, Dietlinde: «Krankheit und Sprache», en: *Sudhoffs Archiv,* 53, 3, 1969, págs. 225-269 compara el lenguaje de los trabajadores manuales de Babilonia, Grecia y Alemania. El lenguaje burocrático empleado por los médicos acerca de la enfermedad se aparta cada vez más del lenguaje ordinario con el que los enfermos expresan sus quejas. Véase también Bargheer, *Krankheit*: «Krankheitsnamen», en: *Handwörter des deutschen Aberglaubens,* Band V, págs. 377-378.

La abrumadora mayoría de intervenciones diagnósticas y terapéuticas que demostrablemente hacen más bien que mal tienen dos características: los recursos materiales para ellas son extremadamente baratos y pueden ser envasados y proyectados para uso por uno mismo o para aplicación por los miembros de la familia. El precio de lo que favorece significativamente a la salud, en la medicina del Canadá, es tan bajo que el dinero despilfarrado actualmente en la India en medicina moderna bastaría para hacer asequibles los mismos recursos en todo el subcontinente. Por otra parte, las destrezas necesarias para aplicar los medios auxiliares más generalizados en diagnóstico y terapéutica son tan sencillas que si las personas que se encargan de la asistencia observan cuidadosamente las instrucciones, probablemente garanticen un uso más eficaz y responsable que el que jamás podría ofrecer la práctica médica. La mayor parte de lo que queda probablemente podría ser manejado mejor por aficionados «descalzos» no profesionales con profundo interés personal que por médicos, psiquiatras, dentistas, parteras, fisioterapeutas u oculistas profesionales.

Cuando se discuten las pruebas acerca de la sencillez de la medicina moderna eficaz, la gente medicalizada generalmente formula estas objeciones: los enfermos están ansiosos y son emocionalmente incompetentes para la automedicación racional; incluso los médicos llaman a un colega para tratar a sus hijos enfermos; y los aficionados malévolos podrían organizarse rápidamente en un monopolio de custodios del conocimiento. Todas esas objeciones son válidas si se plantean dentro de una sociedad en la que las expectativas del consumidor modelan las actitudes para el servicio, en la que los recursos médicos están enpaquetados cuidadosamente para uso del hospital, y en la que predomina la mitología de la eficiencia médica. Difícilmente serían válidas en un mundo que aspira a la racionalidad.

Un buen ejemplo reciente de la desprofesionalización de las intervenciones biológicas es sin duda el que ha proporcionado el aborto. La prueba del embarazo representa la máxima

tecnología actualmente envasada para su autoaplicación por profanos. El método de aspiración por vacío ha hecho la interrupción de los embarazos innocua, barata y sencilla. Ese máximo de tecnología ha hecho a la prohibición legal del aborto tan carente de sentido como las leyes puritanas de la Nueva Inglaterra contra la masturbación. Las leyes que dan a los médicos un monopolio sobre los abortos legales son actualmente tan discutibles como las viejas leyes de la iglesia que toleraban el adulterio únicamente cuando se practicaba en burdeles con prostitutas certificadas.

La desprofesionalización de la medicina no implica, ni debe considerarse que el autor lo propugna, la desaparición de personas especializadas para curar, no implica tampoco una discriminación contra la competencia, ni oposición alguna al escrutinio público y a la exposición del mal ejercicio profesional. Pero sí implica una predisposición contra la mistificación del público, contra el crédito que mutuamente se otorgan los que se autonombran para curar, contra el apoyo público a un gremio médico y a sus instituciones, y contra la discriminación legal por gente, y en nombre de gente, a quienes individuos o colectividades escogen sus médicos. La desprofesionalización de la medicina no significa la negación de fondos públicos para fines curativos, pero sí significa una predisposición contra el desembolso de cualesquiera de esos fondos bajo la prescripción y el control de miembros del gremio. La desprofesionalización no significa la eliminación de la medicina moderna. Significa que ningún profesional tendrá el poder de prodigar sobre alguno de sus pacientes un paquete de recursos curativos mayor que el que cualquier otro paciente podría reclamar para sí. Por último, la desprofesionalización de la medicina no significa despreciar las necesidades especiales que la gente manifiesta en momentos especiales de su vida: cuando nace, se rompe una pierna, se vuelve lisiado o afronta la muerte. La oposición a certificar médicos no significa que sus servicios no serán evaluados por el público, sino que esa evaluación pueden hacerla más eficazmente clientes informados que sus propios colegas. La denegación de fondos directos pa-

ra las más costosas clases de artefactos técnicos de la magia médica no significa que el estado protegerá a la gente a título individual contra la explotación por ministros de los cultos médicos; sólo significa que los fondos de impuestos no se utilizarán para establecer ninguno de esos rituales. La desprofesionalización de la medicina significa el desenmascaramiento del mito según el cual el progreso técnico exige un incremento en la especialización del trabajo, manipulaciones cada vez más arcanas y la creciente dependencia de la gente del derecho de acceso a instituciones impersonales en lugar de la confianza recíproca de todos.

8. LA MUERTE CONTRA LA MUERTE

En toda sociedad la imagen dominante de la muerte determina el concepto predominante de salud.[197] Una imagen tal, la anticipación culturalmente condicionada de un suceso cierto en una fecha incierta, está moldeada por estructuras institucionales, mitos profundamente arraigados y el carácter social que predomina. La imagen que una sociedad tiene de la muerte revela el nivel de independencia de su pueblo, sus relacio-

197. Olson, Robert B.: «Death», en: *Encyclopaedia of Philosophy*, Vol. 2, 1967, págs. 307 a 309, Nueva York, Macmillan, da una breve y lúcida introducción al conocimiento de la muerte y al miedo a la muerte. Feitel, Herman, comp.: *The meaning of death*, Nueva York, McGraw Hill, 1959, dio un gran ímpetu a las investigaciones psicológicas sobre la muerte en los Estados Unidos. Fulton, Robert: *Death and identity*, Nueva York, Wiley Inc., 1965, es una notable antología de contribuciones breves que en conjunto reflejan el estado de las investigaciones en lengua inglesa en 1965. Landsberg, Paul: *Essai sur l'experience de la mort, suivi de probleme moral de suicide*, Paris, Le Seuil, 1951, análisis clásico. Echevarría José: *Réflexions métaphysiques sur la mort et le probleme du sujet*, París, J. Vrin, 1957, intento lúcido de formular una fenomenología de la muerte. Ferber, Chistian von: «Soziologische Aspekte des Todes. Ein Versuch über einige Beziehungen der Soziologie zur philosophischen Anthropologie», en: *Zeitschrift für Evangelische Ethnik*, Vol. 7, 1967, págs. 338-360, un vigoroso argumento para que la muerte vuelva a ser un grave problema público. El autor cree que la muerte reprimida, convertida en asunto privado y propio de profesionales únicamente refuerza la explotadora estructura de clase de la sociedad. Artículo muy importante. Véase también Jankelevitch, Vladimir: *La mort*, París, Flammarion, 1966, y Morin, Edgar: *L'homme et la mort*, París, Le Seuil, 1970.

nes interpersonales, su confianza en sí mismo y la plenitud de su vida.[198] Dondequiera que ha penetrado la civilización médica metropolitana, se ha trasplantado una imagen nueva de la muerte. En la medida en que esta imagen depende de las nuevas técnicas y de sus correspondientes *ethos,* su carácter es supranacional. Pero esas mismas técnicas no son culturalmente neutrales; adoptaron una forma concreta dentro de las culturas occidentales y expresaron un *ethos* occidental. La imagen de la muerte que tiene el hombre blanco se ha difundido con la civilización médica y ha sido una fuerza importante de la colonización cultural.

La imagen de una «muerte natural», una muerte que debiera llegar bajo la asistencia médica y encontrarnos en buena salud y avanzada edad, es un ideal bastante reciente.[199] En 500 años ha evolucionado a través de cinco etapas distintas, y actualmente está a punto de experimentar una sexta mutación.

198. Para estudiar la antigua imagen de la muerte en nuestro contexto general, son útiles los textos siguientes: Garrison, Fielding H.: «The Greek cult of the dead and the chthonian deities in ancient medicine», en: *Annals of Medical History,* 1971, I, págs. 35 a 53. Walton, Alice: *The cult of Asklepios,* Cornell Studies in Classical Philology, N.º III, Nueva York, Johnson Reprint Corp., 1965 (orig. 1894). Benz, Ernst: *Das Todesproblem in der stoischen Philosophie,* Stuttgart, Kohlhammer, 1929. XI, Tübinger Beiträge zur Altertumswiss. 7. Wachter, Ludwig: *Der Tod im alten Testament,* Stuttgart, Calwer Verlag, 1967. Toynbee, Jocelyn Mary Catherine: *Death and burial in the Roman world,* Londres, Thames and Hudson, 1971. Sauer, K.: *Untersuchungen zur Darstellung des Todes in der griechichs-romischen Geschichtsschreibung,* Franfurt, 1930. Kroll, J.: *Tod und Teufel in der Antike,* Verhandlungen der Versammlung deutscher Philologen, 56, 1926. Blummer, Hugo: «Die Schilderung des Sterbens in der griechischen Dichtkunst», en: *Neue Jarhbbucher das klassischen Altertums,* 1917, págs. 499 a 512.

199. Este capítulo se basa en gran parte en los magistrales ensayos de Phillippe Ariès: Ariès, Philippe: «Le culte des morts à l'époque moderne», en: *Revue de l'Académie des Sciences morales et politiques,* 1967, págs. 25-40. Ariès, Philippe: «La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales», en: *Archives Européennes de Sociologie,* VIII, 2, 1967. Ariès, P.: «La vie et la mort chez les français d'aujourd'hui», en: *Ethnopsychologie,* 27 (I), marzo de 1972, págs. 39-44. Ariès, P.: «La mort et le mourant dans

Cada etapa ha encontrado su expresión iconográfica: 1) la «danza de los muertos» del siglo XIV; 2) la danza del Renacimiento a invitación del hombre esqueleto, la llamada «Danza de la Muerte»; 3) la escena del dormitorio del libertino envejecido bajo el *Ancien Régime;* 4) el médico del siglo XIX en su lucha contra los fantasmas errantes de la tisis y la peste; 5) médicos de mediados del siglo XX que se interponen entre el paciente y su muerte, y 6) la muerte bajo asistencia intensiva en el hospital. En cada etapa de su evolución, la imagen de la muerte natural ha producido una nueva serie de reacciones que adquirieron en forma creciente un carácter médico. La historia de la muerte natural es la historia de la medicalización de la lucha contra la muerte.[200]

La danza devota de los muertos

A partir del siglo IV, la iglesia había estado luchando contra la tradición pagana de muchedumbres que bailaban en los cementerios: desnudas, frenéticas y blandiendo sables. No obstante, la frecuencia de prohibiciones eclesiásticas testimonia

---

notre civilisation», en: *Revue Française de Sociologie,* XIV, I, enero a marzo de 1973. Ariès P.: «Les techniques de la mort», en: *Histoire des propulations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII siècle,* París, Le Seuil, 1971, págs. 373-398.

200. En este capítulo estoy interesado, sobre todo, en la imagen de la «muerte natural». Utilizo el término «muerte natural» porque observo que se emplea ampliamente entre el siglo XVI y principios del XX. Lo opongo a la «muerte primitiva» que llega por acción de algún agente misterioso, pavoroso, sobrenatural o divino, y a la «muerte contemporánea» que muy a menudo se concibe como el resultado de una injusticia social, como la consecuencia de la lucha de clases o de la dominación imperialista. Me interesa la imagen de esta muerte natural, y su evolución durante los cuatro siglos en que fue común en las civilizaciones occidentales. Debo la idea de abordar mi tema en esta forma a Werner Fuchs: *Todesbilder in der modernen Gesellschaft,* Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1969. Acerca de mi desacuerdo con el autor, véase la nota 233.

su escasa eficacia, y durante mil años las iglesias y los cementerios cristianos continuaron siendo plataformas de baile. La muerte era una ocasión para la renovación de la vida. La danza con los muertos sobre sus tumbas era una ocasión para afirmar la alegría de estar vivo y una fuente de muchas canciones y poemas eróticos.[201]

A fines del siglo XIV, parece haber cambiado el sentido de esas danzas:[202] de un encuentro entre los vivos y los que ya estaban muertos, se transformó en una experiencia meditativa, introspectiva. En 1424 se pintó la primera Danza de los Muertos en la pared de un cementerio en París. Se ha perdido el original del «Cementerio de los Inocentes», pero buenas copias nos permiten reconstruirlo: rey, campesino, papa, escriba y doncella danzan cada uno con un cadáver. Cada personaje es una imagen en espejo del otro en vestido y rasgos. En la forma de su cuerpo, «Jederman» lleva su propia muerte consigo y baila con ella en el curso de su vida. Al terminar la

201. Ohm, Thomas: *Die Gebetasgerbärden der Volker und das Christentum,* Leiden, Brill, 1948, pág. 372 y sig., especialmente las páginas 389 a 390, reúnen pruebas sobre danzas celebradas en cementerios y la lucha de las autoridades eclesiásticas contra ellas. Una historia médica de la coreomanía religiosa occidental: Backman, E. L.: *Religious dances in the Christian church and in popular medicine,* Estocolmo, 1948. Traducción inglesa por E. Classen, Londres, Allen and Unwin, 1952. Bibliografía de los aspectos religiosos de la danza: Bertaud, Emile: «Danse religieuse», en: *Dictionnaire de Spiritualité,* Fasc. XVIII-XIX, págs. 21-37. Schimmel, A.: «Tanz. I. Religiongeschichtlich», en: *Die Religion in Geschichte und Gregenwart,* Tübingen, 1962, Vol. 6, págs. 612-614. Para la historia de las danzas en las iglesias cristianas o sus alrededores, véase: Gougaud, L.: «La danse dans les églises», en: *Revue d'Histoire Ecclésiastique,* t. 15, 1914, págs. 5-22; 229-245. Baloch, J.: «Tanze in Kirchhofen», en: *Niederdeutsche Zeitschrift für Volkskunde,* 1928. Spamke, H.: «Tanzmusik in der Kirche des Mittelalters», en: *Neuphilosophische Mittelungen,* 31, 1930. Precedentes germánicos de las danzas cristianas en los ceremeriterios: Wolfram, R.: *Schwerttanz und Männerbund,* Kassel, 1937. (Sólo parcialmente impreso.) Danckert, Werner: «Totengraber», en: *Unehrliche Leute. Die verfehmten Berufe,* Berna, Franck Verlag, 1963, págs. 50-56.

202. Huizinga, Jan: «La vision de la mort», en *Le déclin du moyen âge,* París, Payot, 1932. Capítulo XI, págs. 164-180.

cotidiana, y en las garras del «espejo de la muerte» la vida adquiere una agudeza alucinante. Con Chaucer y Villon, la muerte llega a ser tan íntima y sensual como el placer y el dolor.

Las sociedades primitivas concebían la muerte como resultado de una intervención por un agente extraño. No atribuían personalidad a la muerte. La muerte es el resultado de la intención maligna de alguno. Ese alguno que causa la muerte puede ser un vecino que, por envidia, lo mira a uno con un mal ojo, o podría ser una bruja, un ancestro que venía a recogerlo a uno, o el gato negro que se atravesaba en su camino.[205] Durante todo el medioevo cristiano y musulmán, la

---

ben, deutsche Sprache, Dichtung und Seelsorge, Gotha, 1909. El hecho de que alrededor de 1500 la muerte adopte acentuados rasgos esqueléticos y una nueva autonomía no significa que no haya tenido siempre rasgos antropomórficos, si no en el arte, en la leyenda y la poesía. Geiger, Paul: «Tod. 4. Der Tod als Person», en: *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens,* vol. VIII, págs. 976-985.

205. Para bibliografía contemporánea sobre actitudes hacia la muerte entre pueblos primitivos, véase: Herzog, Edgar: *Psyche und Tod. Wandlungen des Todesbildes in Mythos und in den Traumen Heutiger Menschen,* Zurich, 1960. La muerte se concibe siempre como resultado de una intervención de un agente. Para los fines de mi tesis no tiene importancia la naturaleza de ese agente. Aunque no es actual, Hertz, Robert: «Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort», en: *L'Année Sociologique,* 10, 1905/1906, págs. 48-137, continúa siendo el mejor archivo de textos antiguos acerca de este tema. Se complementa con: Hartland, Langdon, De la Valle Poussin, *et al.*: «Death and disposal of the dead», en: *Encyclopaedia of Religion and Ethics,* vol. IV, págs. 411-511. Moss, Rosalind: *The life after death in Oceania and the Malay Archipelago,* 1925. Reprod. University Microfilms Ann Arbor, 1972, muestra que las formas de inhumanación tienden a influir sobre las creencias acerca de la causa de defunción y la naturaleza de la vida futura. Kelsen, Hans: «Speele und Recht», en: *Aufsätze zur Ideologiekritik,* Neuwied am Rhein und Berlin, 1914, opina que el temor universal a los sanguinarios ancestros presta apoyo al control social. Consúltese también: Frazer, James George: *Man, God and Immortality,* Londres, Macmillan, 1927. Frazer, James George: *The belief in immortality and the worship of the dead,* vol. I: *Las creencias entre los aborígenes de Australia, las Islas de los Estrechos de Torres, Nueva*

muerte continuó considerándose como el resultado de una intervención deliberada y personal de Dios. En el lecho de muerte no aparece la figura de «una» muerte, sino sólo la de un ángel y un demonio luchando por el alma que escapa de la boca de la mujer moribunda. Apenas durante el siglo XV estuvieron las condiciones propicias para que cambiara esta imagen,[206] y apareciera la que más tarde se llamaría la «muerte natural». La danza de los muertos representa esa situación. La muerte puede entonces convertirse en una parte inevitable, intrínseca de la vida humana, más que en la decisión de un agente extraño. La muerte se vuelve autónoma y durante tres siglos coexiste, como agente distinto, con el alma inmortal, la divina providencia, los ángeles y los demonios.

La danza macabra

En los antiguos dramas alegóricos,[207] la muerte aparece con una nueva indumentaria en un nuevo papel. A fines del siglo XV, ya no es sólo una imagen en espejo sino que juega el papel principal entre las «cuatro postrimerías», precediendo al juicio, al cielo y al infierno.[208] Ni es ya nada más uno de los cuatro jinetes del Apocalipsis de los relieves románicos, ni

---

Guinea y Melanesia, Londres, Macmillan, 1936. Levi-Strauss, Claude: *La pensée sauvage*, París, Plon, 1962, especialmente las págs. 44-46; 314-333. Freud, Sigmund: *Totem und Tabu. Einige Ubereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*, Frankfurt am Main und Hamgurg, 2. Aufl., 1961.

206. Bossuat, Robert: *Manuel bibliographique de la litérature française du moyen age. Danse macabre*, núms. 3577-3580, 7013.

207 Para la evolución del motivo de Jederman, véase Lindner, H.: *Hugo von Hoffmannstahls «Jederman» und seine Vorganger*, Diss. Leipzig, 1928.

208. Teneti, Alberto: *Il senso della morte e l'amore della vita nel Rinascimento?*, Turín, Einaudi, 1951. Tenenti, Alberto: *La vie et la mort a travers l'art du XVe siècle*, París, Colia, 1962.

la Megara vampiresca que recoge almas del cementerio de Pisa, ni un simple mensajero que ejecuta las órdenes de Dios. La muerte se ha convertido en figura independiente que visita a cada hombre, mujer y niño, primero como mensajero de Dios pero pronto insistiendo en sus propios derechos soberanos. En 1538 Hans Holbein el Joven[209] publicó el primer libro ilustrado de la muerte, que iba a llegar a ser un gran éxito de librería: grabados en madera sobre la *Danza Macabra.*[210] Los personajes que bailan se han desprendido de

209. Holbein, Hans, the Younger: *The dance of death. A complete facsimile of the original 1538 edition of les simulachres et histoires faces de la mort,* Nueva York, Dover Publ., 1971

210. Rehm, Walter: *Der Todesgedanke in der deutschen Dichtung vom Mittelalter bis zur Romantik,* Tübingen, Max Niemeyer Verlag, 1967, da pruebas de un cambio importante en la imagen de la muerte en la literatura alrededor del año 1400 y luego nuevamente alrededor de 1520. Véase también: Dubruck, E.: *The theme of death in French poetry of the middle ages and the Renaissance,* La Haya, 1964, y Kurtz, L. P.: *The dance of death and the macabre spirit in European literature,* Nueva York, 1934. Para la nueva imagen de la muerte de la clase media en ascenso a fines del medioevo, véase: Hirsch, Erna: *Tod und Jenseits in Spatmittelalter. Zugleich ein Beitrag zur Kulturgeschichte des deutschen Burgertums,* Berlín, 1927. XIII, Diss. Univ. Marburg. Específicamente sobre la Danza de la Muerte: Rosenfeld, Hellmut: *Der mittekalterliche Totentanz. Entstehung, Entwicklung, Bedeutung,* Münster, Köln, 1954, Bohlau Verlag. IX, ilustrado. (Beihefte zum Archiv fur Kulturgeschichte H. 3.) Besprechung bei Frederick P. Pickering. Rosenfeld, H.: «Der Totentanz in Deutschland, Frankreich und Italien», en: *Littérature Moderne,* 5, 1954, págs. 62-80. Rosenfeld es la mejor introducción a estas investigaciones y da una bibliografía detallada y moderna. Para documentación más antigua, complementar con: Massman, H. F.: *Literatur des Totentanze,* Beitrag zum Jubeljahr der Buchdruckerkunst. Aus dem Serapeum besondert abgedruckt. Leipzig, T. O. Weipel, 1840. Véase también Buchheit, Gert.: *Der Totentanz seine Entstehung und Entwicklung,* Berlín, 1926. Stammler, Wolfgang: *Die Totentanze des Mittelalters,* Munich, 1922, y Clark, James M.: *The dance of death in the middle ages and the Renaissance,* 150. Los tres tomos de Kozaky, Stephen P.: *Geschichte den Totentanze, I. Lieferung: Anfänge der Darstellungen des Vergänglichkeitsproblems, 2. Lieferung: Danse macabre* (con 27 ilustraciones) *Einleitung: Die Todesdidaktik der Vortotentanzzeit, 3. Lieferung: der Totentanz von heute,* Budapest, 1936, 1941, 1944. Bibliotheca Humanitaris Historica I, V, VII, contienen una mina

su carne pútrida y se han convertido en esqueletos desnudos. Cada hombre entrelazado con su propia mortalidad ha llegado a representarse en un agotamiento frenético en las garras de una fuerza de la naturaleza. La íntima imagen en espejo coloreada por la «nueva devoción» de los místicos alemanes ha sido reemplazada por una fuerza igualitaria de la naturaleza, el ejecutor de una ley que hace girar a todos y luego los abate con la guadaña. De un encuentro que dura toda la vida, la muerte se ha convertido en el acontecimiento de un momento.

La muerte aquí llega a ser el punto en que termina el tiempo lineal, medido por el reloj, y la eternidad encuentra

de datos, citas de textos antiguos y cerca de 700 grabados de la Danza de la Muerte hasta la Segunda Guerra Mundial. Saugnieux, J.: *L'iconographie de la mort chez les graveurs français du XVe siècle,* 1974, y Saugnieux, J.: *Danses macabres de France et d'Espagne et leurs prolongements litéraires,* Fasco. XXX, Bibl. de la Faculté des Lettres de Lyon. París, Les Belles Lettres, 1972. Briesenmeister, Dietrich: *Bilder des Todes,* Unterscheidheim, 1970. Verlag W. Elf. Las reproducciones son muy claras y están organizadas conforme a temas diferentes. Warthin, Alfred Scott: *The psysician of the dance of death.* Publicadas cinco partes en: *Annals of Medical History, New series,* vol. II, n.º 4, julio de 1930, págs. 351-371; vol. II, n.º 5, septiembre de 1930, páginas 453-469; vol, 2, n.º 6, noviembre de 1930, págs. 697-710; vol. III, n.º 1, enero de 1931, págs. 75-109; vol. III, n.º 2, marzo de 1931, págs. 134-165, se refiere exclusivamente al médico en la Danza de la Muerte. Block, Werner: *Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten,* Stuttgart, Enke Verlag, 1966, estudia el encuentro del médico con la muerte, dentro y fuera de una danza formal. Consúltense las iconografías clásicas sobre el arte cristiano occidental: Kunstle, Karl: *Ikonographie der Christlicher Kunst,* Freiburg, Herder, 1926-1928. 2 volúmenes, y Male, Emile: *L'art religieux à la fin du moyen-âge en France. Etude sur l'iconographie du moyen age et sur ses sources d'inspiration,* capítulo II, pág. 346, «La mort» (véanse también los otros tres tomos sobre arte religioso en Francia). Compárense con la iconografía oriental (Monte Athos): Didron, M.: *Manuel d'iconographie chrétienne, grèque et latine,* con una introducción y notas por M. Didron, traducido de un manuscrito bizantino *Le guide de la peinture,* por P. Durand, París, Imprimerie Royale, 1845. Boase, T. S. R.: *Death in the middle ages. Mortality, judgement and remembrance,* Londres, Thames and Hudson, 1972.

al hombre, mientras que durante la Edad Media la eternidad había sido, junto con la presencia de Dios, inmanente en la historia. El mundo ha dejado de ser un sacramento de esta presencia; con Lutero se convirtió en el lugar de corrupción que Dios salva. La proliferación de relojes simboliza este cambio en la conciencia. Con el predominio del tiempo seriado el interés por su medición exacta y el reconocimiento de la simultaneidad de sucesos, se fabrica un nuevo armazón para reconocer la identidad personal. Esta se busca en referencia a una sucesión de acontecimientos más que a la integridad del curso de la vida de uno. La muerte deja de ser el fin de un todo y se transforma en una interrupción de la sucesión.[211]

En las portadas de los primeros cincuenta años del grabado en madera predominaban los hombres esqueletos, así como en la actualidad predominan las mujeres desnudas en las portadas de las revistas. La muerte sostiene el reloj de arena o toca el reloj del campanario.[212] Muchos badajos tenían forma de hueso. La nueva máquina, que puede hacer el tiempo de igual longitud, día y noche, también pone a toda la gente bajo la misma ley. En la época de la Reforma, la supervivencia después de la muerte ha dejado de ser una continuación transfigu-

211. Véase: Plessner, Helmuth: «On the relation of time to death», en: Campbell, J. comp.: *Man and time,* 1951. Documentos del Eranos Year Books, Bollingen series XXX, 3, Pantheon Books, 1957, págs. 233-263, especialmente la pág. 255. Sobre la influencia del tiempo en la imagen de la muerte en Francia, véase: Glasser, Richard: *Time in French life and thought,* traducción de C. G. Pearson, Manchester Univ. Press, 1972, en particular la pág. 158 y el capítulo 3, «El concepto del tiempo a fines de la Edad Media», págs. 70 a 132. Sobre la influencia creciente que tenía la conciencia del tiempo sobre el sentido de lo finito y de la muerte, véase: Hahn, Alois: *Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit. Eine soziologische Untersuchung,* Stuttgart, Enke Verlag, 1968, especialmente las págs. 21 a 84. Keerloo, Joost A. M.: «The time sense in psychiatry», en Frazer, J. T. comp.: *The voices of time,* Nueva York, George Braziller, 1966, págs. 235-252. Giedion, Sigfried: *Space, time and arch律iterture. The growth of a new tradition,* 4th. rev. ed. Harvard, 1962.

212. Baltrusaitis, Jurgis: *Le moyen age fantastique. Antiquités et exotisme dans l'art gothique,* París, A. Colin, 1955.

rada de la vida aquí abajo y se ha convertido o en un castigo terrible en forma del infierno o en una dádiva totalmente inmerecida de Dios en el cielo. La gracia interna se había transformado en justificación por la sola fe. Así, durante el siglo XVI la muerte, deja de concebirse primordialmente como un tránsito al mundo siguiente y se pone de relieve la terminación de esta vida.[213] La tumba abierta se destaca y parece mucho mayor que las puertas del cielo o del infierno y el encuentro con la muerte llega a ser más cierto que la inmortalidad, más justo que reyes, papas o hasta Dios. Más que objetivo de la vida se ha convertido en la terminación de la vida.

La finalidad, la inmanencia y la intimidad de la muerte personal formaron parte no sólo del nuevo sentido del tiempo sino también de la aparición de un nuevo sentido de individualidad. En la senda del peregrino desde la Iglesia Militante en la Tierra hasta la Iglesia Triunfante en el cielo, la muerte se experimentaba en gran medida como acontecimiento que interesaba a ambas comunidades. Ahora cada hombre afrontaba su muerte propia y final. Naturalmente, una vez transformada la muerte en esa fuerza natural, la gente quiso dominarla aprendiendo el arte o la destreza de morir. *Ars Moriendi,* uno de los primeros manuales para hacer las cosas uno mismo que se imprimió y puso en el mercado, continuó siendo un gran éxito en diversas versiones durante los siguientes doscientos años. Muchas personas aprendieron a leer descifrándolo. Deseoso de proporcionar una orientación al «caballero cabal», Caxton publicó en 1491 el *Arte y Oficio de Saber Morir Bien* en la Westminster Press. Impreso en nítido tipo gótico, llegó a popularizarse extraordinariamente. Se hicieron ediciones de bloques de madera y de tipos móviles mucho más de un centenar de veces antes de 1500. El pequeño infolio formó parte de una serie que habría de preparar para «El comportamiento, gentil y devoto», desde manejar un cuchillo de mesa hasta llevar una conversación, desde el arte de llorar y sonarse la nariz hasta el arte de jugar ajedrez y de morir.

213. Lutero, interpretación de Ps. 90 WA 40/III, 485 y sig.

No era éste un libro de preparación remota para la muerte a través de una vida virtuosa, ni un recordatorio para el lector de que las fuerzas físicas decaían incesante e inevitablemente y de que era constante el peligro de morir. Era un libro de «cómo hacer» en el sentido moderno, una guía completa para el negocio de morir, un método que habría de aprenderse mientras estaba uno en buena salud y saberse al dedillo para utilizarlo en esa hora ineludible. No se escribió el libro para monjes y ascetas sino para hombres «carnales y seculares» que no disponían de los ministerios del clero. Servía como modelo para instrucciones análogas, escritas a menudo con un espíritu mucho menos prácticos por personas como Savonarola, Lutero y Jeremías Taylor. Los hombres se sentían responsables de la expresión que mostraría su rostro al morir.[214]

214. La respuesta a la muerte «natural» fue una transformación profunda del comportamiento a la hora de la muerte. Para las publicaciones contemporáneas, véase: O'Connor, Mary Catherine: *The art of dying well. The development of the Ars Moriendi,* Nueva York, AMS Press, 1966. Klein, L.: *Die Bereitung zum Sterben, Studien zu den evangelischen Sterbebuchern des 16. Jahrhunderts.* Diss. Göttingen, 1958. Para las costumbres, véase: Berger, Placidus: «Religioser Brauchtum im Umkreis der Sterbeliturgie in Deutschland», en: *Zeitschrift für Missionwissenschaft und Religionswissenschaft,* vol. 48, págs. 108-248. Aries, Philippe: «La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les societés occidentales», en: *Archives Européenes de Sociologie,* vol. VIII, n.º 2, 1967, págs. 169-195; pág. 175: «... El hombre de la segunda mitad de la Edad Media y del Renacimiento (por oposición al hombre de la primera mitad de la Edad Media, de Rolando, que se sobrevivió en los campesinos de Tolstoi) deseaba participar en su propia muerte, porque veía en ella un momento excepcional en que su individualidad recibía su forma definitiva. No era amo de su vida, sino en la medida en que era el amo de su muerte. Su muerte le pertenecía y sólo a él. Ahora bien, a partir del siglo XVII, dejó de ejercer sólo su soberanía sobre su propia vida y, por consiguiente, sobre su muerte. La compartió con su familia. Antes su familia era ajena a las decisiones graves que él debía tomar en relación con la muerte, y que tomaba solo». Véase también Bambeck, Manfred: *Tod und Unsterblichkeit Studien zum Lebenagefühl der franzosischen Renaissance nach dem Werke Ronsarde* (MS), 177, VI, Bl. Diss. Univ. Frankfurt am Main, 1954. Reifschneider, Hildegard: *Dier Vorstellung des Todes und des*

Al adquirir una nueva finalidad la descomposición del cuerpo, aparecieron en el arte europeo los primeros verdaderos retratos de los reyes, ejecutados a fin de hacer presente en sus funerales la personalidad intemporal individual del finado gobernante. Los humanistas recordaban a sus muertos no como espíritus o almas, santos o símbolos, sino como presencias históricas perennes.[215]

En la devoción popular se formó una nueva clase de curiosidad acerca de la otra vida. Se multiplicaron fantásticas historias de horror acerca de cuerpos muertos y representaciones artísticas del purgatorio.[216] El grotesco interés de los siglos XVI y XVII por espíritus y almas destaca la creciente ansiedad de una cultura que afrontaba la llamada de la muerte más que el juicio de Dios.[217] En muchas partes del mundo cristiano la danza de la muerte se convirtió en decoración clásica a la entrada de las iglesias parroquiales. Los españoles llevaron el hombre esqueleto a América, donde se fundió con el ídolo azteca de la muerte. Su descendencia mestiza,[218] reper-

---

Jenseits in der geistlichen Literatur des XII Jh. (MS) 177, 7631. Tübengen, Diss., 1948. Klass, Eberhard: *Die Schilderung des Sterbens im metterhochdeutschen Epos. Ein Beitrag zur mittelhochdeutschen Stilgeschichte,* Oderberg (Mark), 99 S. Diss. Univ. Greifswald, 1931.

215. Kunstler, Gustav: *Das Bildnis Rudolfs des Stifters, Herzorgs von Osterreich, und seine Funktion.* extracto de «Mittellungen der Osterreichischen Galerie 1972» acerca del primero de esos retratos.

216. Vovelle, G. y M.: «La mort et l'au-delà en Provence d'après les autels des ames du purgatoire. XVe-XXe siècles, en: *Annales Economies, Societés, Civilisations,* 1969, págs. 1602-1634. Patch, H.: *The other World according to description in medieval literature,* Harvard, 1950.

217. Acerca del «juicio» en la historia de las religiones, véase: Sources Orientales: *Le jugement des morts,* Le Seuil, 1962. Kretzenbacher, Leopold: *Die Seelenwaage, Zur religiosen Idee von Jenseitagericht auf der Schicksalwaage in Hochreligion,* Bildkunst und Volksglaube, 1958.

218. Forster, Merlin H., comp.: *La muerte en la poesía mexicana. Prólogo y selección de Merlin Forster,* México, Editorial Diógenes, 1970. Rodríguez Monegal, Emir: *Death as a key to Mexican reality in the works of Octavio Paz,* Yale Univ., edición multicopiada.

cute en Europa e influye sobre el rostro de la muerte a través de todo el imperio de los Habsburgo, desde Holanda hasta el Tirol. Después de la Reforma, la muerte europea pasó a ser y continuó siendo macabra.

Simultáneamente se multiplicaron las prácticas médicas populares, destinadas todas ellas a ayudar a la gente a recibir su muerte con dignidad como individuos. Se idearon nuevos ardides supersticiosos para que pudiera uno reconocer si su enfermedad requería la aceptación de la muerte que se acercaba o alguna clase de tratamiento. Si la flor arrojada a la fuente del santuario se hundía, era inútil gastar dinero en remedios. La gente trataba de estar lista para la llegada de la muerte, de tener bien aprendidos los pasos para la última danza. Se multiplicaron los remedios contra una agonía dolorosa, pero en su mayoría aún tenían que aplicarse bajo la dirección consciente del moribundo que desempeñaba un nuevo papel y lo hacía con plena conciencia. Los hijos podían ayudar a morir a la madre o al padre, pero a condición de que no los retuvieran llorando. Se suponía que una persona habría de indicar cuándo quería que la bajaran de su lecho a la tierra que pronto habría de cubrirlo, y cuándo habrían de iniciarse las oraciones. Pero los circunstantes sabían que tenían que tener las puertas abiertas para facilitar la llegada de la muerte, evitar ruidos para no asustarla y, finalmente, apartar respetuosamente sus ojos del moribundo para dejarlo solo durante ese acontecimiento sumamente personal.[219]

No se esperaba que ni el sacerdote ni el médico ayudaran al pobre en la muerte típica de los siglos XV y XVI. En princi-

219. En algunas zonas rurales persisten estas costumbres: Van Gennep, Arnold: *Manuel de folklore français contemporain,* primer volumen, I y II *Dubercceau a la tombe,* París, Picard, 1943/1946. Kriss-Rettenbeck, Lenz: «Tod und Heilsewartung», en: *Bilder und Zeichen religiosen Volksglauben,* Munich, Verlag Georg Callwey, 1963, págs. 49-56. Véase los artículos sobre «Steregelöute», «Sterben», «Sterbender», «Sterbekerze», «Tod», «Tod ansagen», «Tote (der) Totenbahre», por Geiger, *Paulin*: *Handworterbuch des deutschen Aberglaubens,* Berlín, 1936/1937, vol. VIII. Freybe, Albert: *Das alte deutsche Leichenmahl in seiner Art und Entartung,* 1909.

cipio, los escritores médicos reconocían dos servicios opuestos que podía prestar el médico. El podía contribuir a la curación o ayudar a la llegada de una muerte fácil y rápida. Tenía el deber de reconocer la «facies hipocrática»,[220] cuyos rasgos especiales indicaban que el paciente estaba ya en las garras de la muerte. En la curación, como en el deceso, el médico estaba ansioso de trabajar uña y carne con la naturaleza. La cuestión de determinar si la medicina podría jamás «prolongar» la vida se discutió acaloradamente en las escuelas médicas de Palermo, Fez e incluso París. Muchos médicos árabes y judíos negaban de plano este poder y declaraban que semejante intento de obstaculizar el orden de la naturaleza era blasfemo.[221]

En los escritos de Paracelso [222] aparece claramente el fervor profesional atemperado por la resignación filosófica. «La naturaleza conoce los límites de su curso. Según su propio término fijado, confiere a cada una de sus criaturas la duración adecuada de su vida, de manera que sus energías se consumen durante el tiempo que transcurre entre el momento de su nacimiento y el de su fin predestinado... la muerte de un hombre no es sino el fin de su trabajo diario, una expiración del aire, la consumación de su balsámico poder innato para curarse a sí mismo, la extinción de la luz racional de la naturaleza y una gran separación de las tres partes, cuerpo, alma y espíritu. La muerte es un retorno a la matriz». Sin excluir la trascendencia, la muerte se ha convertido en un fenómeno natural que ya no requiere que se arroje la culpa sobre algún agente maligno.

220. Schmid, Magnus: «Zum Phanomender Leiblichkeit in der Antike dargstells an der "Facies Hippocratica"», en: *Sudhoff Arch.*, 1966, Beiheft 7, págs. 168-177. Sydhoff, Karl: «Eine kleine deutsche Todesprognostik», en: *Arch. Gesch. Med.*, 1911, 5, pág. 240. Sudhoff, Karl: «Abermal eine deutsche Lebems-und Todesprognostik», en: *Arch. Gesch. Med.*, 1911, 6, pág. 231.

221. Leibowitz, Joshua O.: «A responsum of Maimonides concerning the termination of life», en: *Koroth*, revista trimestral dedicada a la Historia de la Medicina y de la Ciencia, Jerusalén, vol. 5, 1-2, septiembre de 1963.

222. Paracelsus: *Selected writings*, tradución de Norbert Guterman. Princeton Univ. Press, Bollingen series XXVIII, 1969.

La nueva imagen de la muerte ayudó a reducir el cuerpo humano a un objeto. Hasta ese tiempo, el cadáver se había considerado como algo completamente distinto de otras cosas: se trataba casi como a una persona. El derecho reconocía su categoría: los muertos podían demandar y ser demandados por los vivos, y eran frecuentes los procesos penales contra los muertos. El Papa Urbano VIII, envenenado por su sucesor, fue desenterrado, juzgado solemnemente como simoníaco, le cortaron la mano derecha y lo arrojaron al Tíber. Después de ser colgado por ladrón, todavía podían cortarle la cabeza a un hombre por ser un traidor. También podía llamarse a los muertos como testigos. La viuda podía repudiar todavía a su marido poniendo sobre su ataúd las llaves y el portamonedas de él. Aun hoy en día el albacea actúa en nombre de los muertos y todavía hablamos de «violar» una tumba o de «secularizar» un cementerio público cuando éste se convierte en parque. Era necesario que apareciera la muerte natural para que se privara al cadáver de mucho de su personalidad jurídica.[223] La llegada de la muerte natural también preparó el camino para nuevas actitudes hacia la muerte y la enfermedad, que se hicieron comunes a fines del siglo XVII. Durante la Edad Media, el cuerpo humano había sido sagrado; ahora el bisturí del médico tenía acceso al cadáver mismo. El humanista Gerson había considerado su disección como «una profanación sacrílega, una

223. Brunner, Heinrich: *Deutsche Rechtsgeschichte,* vol. I, Berlín, Von Duncker und Humbolt, 1969, especialmente las págs. 54 y sig. Fischer, Paul: *Strafen und Sichernde Massnahmen gegen Tote im germanischen und deutschen Recht,* Düsseldorf, 1936. Fehr, H.: «Tod und Teufel im alten Recht», en: *Zeitschrift der Savigny Stiftung fur Rechtsgeschichte,* 67, Germ. Abt., 1950, págs. 50-75. Geiber, Paul: «Leichte», en: *Handworterbuch des deutschen Aberglaubens,* Berlín, 1932/1933. Band. V. Konig, Karl: *Die Behandlung der Toten in Frankreich im spateren Mittelalter und zu Beginn der Neuzeit (1350-1550),* XVII, 94 S. (MS). Diss. Univ. Leipzig, 1921. Hentig, Hans von: *Der nekrotrope Mensch: vom Totenglauben zur morbiden Totennahe,* Stuttgart, 1964. Doll, Paul-J.: «Les droits de la science après la mort», en: *Diogene,* n.º 75, julio-septiembre de 1971.

crueldad inútil ejercida por los vivos contra los muertos.»[224] Pero al mismo tiempo que comenzó a aparecer en persona la muerte de «Jederman» en los dramas alegóricos, aparece por primera vez el cadáver como objeto didáctico en el anfiteatro de las universidades del Renacimiento. En 1395, cuando se efectuó en Montpellier la primera disección autorizada en público, se declaró obscena esa nueva actividad erudita y durante varios años no pudo repetirse ese acto. Una generación después se concedió permiso para disecar un cadáver cada año dentro de las fronteras del imperio germánico. Asimismo, en la Universidad de Bolonia se disecaba un cuerpo cada año inmediatamente antes de Navidad, y la ceremonía comenzaba con una procesión, acompañada de exorcismos, y duraba tres días. En España, durante el siglo XV se concedió a la Universidad de Lérida el derecho a disecar el cadáver de un criminal cada tres años en presencia de un notario nombrado por la Inquisición. En 1540, se autorizó en Inglaterra a las facultades de las universidades a reclamar al verdugo cuatro cadáveres al año. Las actitudes cambiaron tan rápidamente que en 1561 el Senado de Venecia ordenó al verdugo que siguiera instrucciones del Dr. Falopio para proporcionarle cadáveres adecuados para «anatomizar». Rembrandt pintó la «Lección del Dr. Tulp» en 1632. Las disecciones públicas pasaron a ser un tema favorito de los pintores y en los Países Bajos un acontecimiento común en los carnavales. Se había dado el primer paso hacia la cirugía por televisión y en el cine. El médico había progresado en sus conocimientos de anatomía y en su poder para exhibir su destreza; pero ambos eran desproporcionados al adelanto de su capacidad para curar. Los rituales médicos contribuían a orientar, reprimir o atenuar el miedo y la angustia generados por una muerte que se había vuelto macabra. La anatomía de Vesalio competía con la *Danza Macabra* de Holbein un tanto como las guías científicas del sexo compiten actualmente en *Playboy* y *Penthouse*.

224. Bariety, Maurice, y Coury, Charles: «La dissection», en: *Histoire de la médeciine,* París, Fayard, 1963, págs. 409-411.

La muerte barroca era el contrapunto de un cielo organizado aristocráticamente.[225] La cúpula de la iglesia podía representar un juicio final con espacios separados reservados para salvajes, plebeyos y nobles, pero la Danza de la Muerte por debajo representaba al segador, que usaba su guadaña prescindiendo de puestos o rangos. Precisamente porque la igualdad macabra rebajaba los privilegios mundanos, también los hacía más legítimos.[226]. No obstante, con el ascenso de la familia burguesa,[227] acabó la igualdad en la muerte: los que podían, comenzaron a pagar por mantener alejada a la muerte.

Francis Bacon fue el primero en hablar acerca de la prolongación de la vida como una nueva tarea de los médicos. Dividió a la medicina en tres oficios: «Primero, la preservación de la salud; segundo, la curación de la enfermedad, y tercero, la prolongación de la vida», y enalteció la «parte tercera de la medicina, relacionada con la prolongación de la vida: es un aspecto nuevo y deficiente, aunque el más noble de todos». La profesión médica ni siquiera pensó en emprender esa tarea hasta que, unos 150 años después, apareció una multitud de clientes ansiosos de pagar por que lo intentara. Era

225. Bauer, Hermann: *Der Himmel in Rokoko: das Fresko im deutschen Kirchenraum im 18. Jahrundert,* Pustet, 1965.

226. Acerca del reflejo de la muerte en la literatura de los siglos XVII y XVIII: Sexau, Richard: *Der Tod in deutschen Drama des 17. und 18. Jahrhunderts* (Von Griohius bis. zum Sturm und Drang), Berlín, 1906. Volkstandige Dissertation, n.º 9, von «Untersuchungen zur neueren Sprachund Literature Geschichte», Berna, 1907. Wentzlaff-Eggerbert, Friedrich-Wilhelm: *Das Problem des Todes in der deutschen Lyrik des 17. Jahrhunderts,* Erster Hauptteil und Schluss Palaestra 171. Untersuchungen und Texte aus der deutschen und englischen Philologie, Leipzig, 1931. Thompson, W. M.: *Der Tod in der englische Lyrik des 17. Jahrhunderts,* Breslau, 1935.

227. Aries, Philippe: «La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales», en: *Arch. Europées de Sociologie,* vol. VIII, n.º 2, 1967, págs. 169-195. Véase la nota 214.

un nuevo tipo de rico que se negaba a morir jubilado e insistía en que la muerte se lo llevara por agotamiento natural estando todavía en su puesto. Se negaba a aceptar la muerte sin estar en buena salud, activo a una edad avanzada. Montaigne ya había ridiculizado a esa gente por ser extremadamente fatua: «... qué fantasía es esa de esperar morir de un debilitamiento de las fuerzas por efecto de la extrema vejez y de proponernos ese objetivo como duración nuestra... parece que fuera contrario a la naturaleza ver que un hombre se rompe el pescuezo en una caída, se ahoga en un naufragio, o le arrebata una pleuresia o la peste... en todo caso debiéramos llamar natural a lo que es general, común y universal. Morir de viejo es algo raro, singular y extraordinario, por tanto menos natural que las otras formas; es la manera última y extrema de morir».[228] Esas personas eran escasas en su tiempo; para 1830 habían aumentado. El predicador que esperaba ir al cielo, el filósofo que negaba la existencia del alma y el mercader que quería ver duplicarse una vez más su capital, todos convenían en que la única muerte acorde con la naturaleza era aquella que pudiera sorprenderlos en sus escritorios.[229]

No había pruebas para demostrar que la expectativa de vida específica por edades de la mayor parte de la gente de más de 60 años había aumentado a mediados del siglo XVIII, pero es indudable que la nueva tecnología había hecho posibe que se aferraran los viejos y ricos haciendo lo que habían hecho en la edad madura. Esos privilegiados consentidos podían continuar en su puesto porque sus condiciones de vida

228. *Ensayos*, libro I, capítulo 57.

229. Peignot, G.: *Choix de testaments anciens et modernes, remarquables par leur importance, leur singularité ou leur bizarrerie*, 2 vols., París, Renouard, 1929. Vovelle. Michel: *Mourir autrefois. Attitudes collectives devant la mort aux XVIIe et XVIIIe siècles*, París, Arch. Gallimard-Julliard, 1974. Vovelle. M.: *Piété baroque et déchristianisation en Provence au XVIIIe siecle: les attitudes devant la mort d'après les clauses des testaments*, París, Plon., 1974. Pollock y Maitland: «The last will», en: *The history of English law*, Cambridge Univ. Press, 1968, vol. 2, cap. VI, págs. 314-356.

y de trabajo se habían aligerado. La Revolución Industrial había comenzado a crear oportunidades de empleo para los débiles, enfermizos y viejos. Se reconocieron los méritos del trabajo sedentario, hasta entonces raro.[230] El espíritu de empresa y el capitalismo en ascenso favorecieron al jefe que había tenido tiempo de acumular capital y experiencia. Los caminos habían mejorado: un general enfermo de gota podía ahora dirigir una batalla desde su vagón, y diplomáticos decrépitos podían viajar de Londres a Viena o a Moscú. Los estados naciones centralizados aumentaron la necesidad de contar con escribas y con una burguesía más extensa. La nueva y pequeña clase de viejos tenía mayores perspectivas de supervivencia porque su vida en el hogar, en la calle y en el trabajo se había hecho físicamente menos exigente. El envejecimiento se había convertido en una forma de capitalizar la vida. Los años pasados en el escritorio, el mostrador o la banca escolar, comenzaron a ganar intereses en el mercado. Los jóvenes de clase media, dotados o no, fueron enviados por primera vez a la escuela permitiendo así que los viejos continuaran en el trabajo. La burguesía que podía permitirse la eliminación de la «muerte social» evitando la jubilación, creó la «niñez» para mantener bajo control a sus jóvenes.[231]

Junto con la situación económica de los viejos, aumentó el valor de sus funciones corporales. En el siglo XVI una «esposa joven es la muerte para un viejo» y en el XVII «los viejos que juegan con doncellas jóvenes bailan con la muerte». En la corte de Luis XIV el viejo libertino era un hazmerreír; en la época del Congreso de Viena se había convertido en un objeto de envidia. Morir mientras se cortejaba a la amante del nieto llegó a ser un buen deseo.

Se creó un nuevo mito acerca del valor social de los viejos.

230. Aries, Philippe: «Les techniques de la mort», en: *Historie des population françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIIe siècle*, París, Seuil. 1971, pág. 373 (primera edición, 1948).

231. Aries, Philippe: *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, París, Plon, 1960, cap. II, págs. 23 y sig., «La découverte de l'enfance».

Los cazadores, recolectores y nómadas primitivos habitualmente los habían matado, y los campesinos los ponían en el cuarto del fondo,[232] pero ahora el patriarca aparecía como ideal literario. Se le atribuía sabiduría sólo por su edad. Primero comenzó a ser tolerable y después apropiado que los viejos concurrieran con solicitud a los rituales considerados necesarios para conservar sus tambaleantes cuerpos. Todavía no estaba en servicio ningún médico para encargarse de esta tarea, que se hallaba fuera de la competencia reclamada por boticarios o herbolarios, barberos o cirujanos, médicos universitarios o charlatanes trashumantes. Pero esta exigencia peculiar fue la que contribuyó a crear un nuevo género con los que se dieron títulos para curar.[233]

232. Matar a los viejos era una costumbre muy extendida hasta tiempos recientes. Koty, John: *Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvolkern,* 1934. (Forschgn. z. Volkerpsychologie und Soziologie, Hrag. v. Thurnwald 13.) Peuckert, Will-Eich, comp.: «Altentotung», en: *Handworterbuch der Sage. Namens der Verbandes der Vereine für Volkskunde,* Göttingen, Vandenhoeck y Ruprecht, 1961. Wisse, J.: *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvolkern,* Zutphen, 1933. El infanticidio continuó siendo suficientemente importante para influir sobre las tendencias de población hasta el siglo IX. Coleman, Emily R.: *L'infanticide dans la Haut Moyen Age.* Traducido del inglés por A. Chamoux, en: *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations,* París, Armand Colin, n.º 2, marzo-abril de 1974. págs. 315-335.

233. Ackerknecht, Erwin H.: «Death in the history of medicine», en: *Bulletin of the History of Medicine,* vol. 42, 1968. La muerte continuó siendo un problema marginal en las publicaciones médicas desde los antiguos griegos hasta Giovanni Maria Lancisi (1654-1720) durante el primer decenio del siglo XVIII. Luego y muy repentinamente adquirieron extraordinaria importancia los «signos de la muerte». La muerte aparente se convirtió en un mal tremendo temido por la Ilustración. Augener, Margot: «Scheintod als medizinisches Problems in 18 Jahrhundert», en: *Mittelungen zur Geschichte der Medizin,* Kiel, núms. 6 y 7, 1967. Los mismos filósofos que eran la minoría que negaba positivamente la supervivencia de un alma, también adquirieron un miedo secularizado al infierno que podía amenazarlos si los enterraban cuando sólo estaban aparentemente muertos. Los filántropos que luchaban por los que estaban en peligro de sufrir una muerte aparente fundaron sociedades dedicadas a socorrer ahogados o quemados, y se elaboraron pruebas para cerciorarse de que habían muerto. Thomson,

Anteriormente, sólo reyes y papas habían tenido la obligación de permanecer en su puesto hasta el día de su muerte. Sólo ellos consultaban a las facultades: los árabes de Salerno en la Edad Media o los hombres de Padua o Montpellier en el Renacimiento. Los reyes tenían médicos en la corte para que hicieran lo que los barberos hacían para los plebeyos: sangrarlos, purgarlos y, además, protegerlos contra los venenos. Los reyes no se proponían vivir más que los demás ni esperaban que sus médicos personales dieran especial dignidad a sus años postreros. Por el contrario, la nueva clase de viejos veía en la muerte el precio absoluto del valor económico absoluto.[234] El contador envejecido quería un médico que alejara la muerte; cuando se aproximaba el fin, quería que su médico lo «desahuciara» con la solemnidad debida y se le sirviera su última comida con la botella especial reservada para esa ocasión. De ese modo se creó el papel del valetudinario y, con él, el poder económico del médico contemporáneo.

La capacidad para sobrevivir por más tiempo, la renuencia a jubilarse antes de la muerte y la demanda de asistencia médica para una afección incurable se unieron para dar lugar a un nuevo concepto de la enfermedad: el tipo de salud al que podía aspirar la vejez. En los años inmediatamente anteriores a la Revolución Francesa ésa había llegado a ser la salud de

---

Elisabeth: «The role of the physician in human societies of the 18th century», en: *Bull. Hist. Medicine,* 37, 1963, págs. 43-51. Una de esas pruebas consistía en soplar con una trompeta en la oreja del muerto. La histeria a causa de la muerte aparente desapareció con la Revolución Francesa tan repentinamente como había aparecido en los albores del siglo. Los médicos comenzaron a preocuparse por la resurrección un siglo antes de ser empleados con la esperanza de prolongar la vida de los viejos. Véase también: Steingiesser, Hildegard: *Was die Arzte aller Zeiten vom Sterben wussten.* Arbeiten der deutsch-nordischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, der Zahnheilkunde und der Naturwissenschaften. Univ. Verlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg, Greifswald, 1936.

234. Adorno, Theodor W.: *Minima Moralia. Reflexions aus dem beschadigten Leben,* Suhrkamp, 1970.

los ricos y los poderosos; en el transcurso de una generación se pusieron de moda las enfermedades crónicas entre los jóvenes y pretenciosos, los rasgos del tísico[235] pasaron a ser el signo de la sabiduría prematura, y la necesidad de viajar a climas cálidos una exigencia del genio. La asistencia médica para afecciones prolongadas, aunque pudieran conducir a una muerte inoportuna llegó a ser una marca de distinción.

Como contraste, ahora podía hacerse un juicio adverso acerca de los padecimientos de los pobres, y las afecciones de las que siempre habían muerto pudieron definirse como enfermedades no tratadas. No importaba en lo absoluto que el tratamiento que pudieran proporcionar los médicos para esos males tuviese algún efecto sobre la evolución de la enfermedad; la falta de ese tratamiento comenzó a significar que estaban condenados a morir de una muerte no natural, idea que correspondía a la imagen burguesa del pobre como ignorante e improductivo. De ahora en adelante la capacidad de morir de una muerte «natural» quedaba reservada a una clase social: los que podían pagar para morir como pacientes.

La salud se convirtió en el privilegio de esperar una muerte oportuna, independientemente de los servicios médicos que se necesitaran para ese propósito. En una época anterior, la muerte llevaba el reloj de arena. En los grabados en madera, tanto el esqueleto como el observador sonríen sarcásticamente cuando la víctima rechaza la muerte. Ahora la clase media se apoderó del reloj y empleaba médicos para decirle a la muerte cuándo había de sonar la hora. La Ilustración atribuyó un nuevo poder al médico, sin ser capaz de verificar si éste había adquirido o no alguna nueva influencia sobre el desenlace de las enfermedades peligrosas.

235. Ebstein, E.: *Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur.* Zs. f. Bücherfreunde, 5, 1913. Weisfert, J. N.: «Das problem des Schwindsuchtskranken in Drama und Roman», en: *Deutscher Journalistenspiegel,* 3, 1927.

La muerte clínica

La Revolución Francesa marcó una breve interrupción en la medicalización de la muerte. Sus ideólogos creían que la muerte inoportuna no atacaría a una sociedad construida sobre su triple ideal. Pero la apertura del ojo clínico del médico lo llevó a mirar la muerte con una nueva perspectiva. Mientras los mercaderes del siglo XVIII habían determinado la imagen de la muerte con ayuda de los charlatanes que empleaban y pagaban, ahora los clínicos comenzaron a dar forma a la visión del público. Hemos visto a la muerte convertirse del llamamiento de Dios en un acontecimiento «natural» y después en una «fuerza de la naturaleza»; en una mutación ulterior se convierte en acontecimiento «inoportuno» a menos que llegue a quienes están sanos y viejos. Ahora pasó a convertirse en el desenlace de enfermedades específicas certificadas por el médico.

La muerte se ha desvanecido hasta convertirse en una figura metafórica y las enfermedades mortíferas han ocupado su lugar. La fuerza general de la naturaleza que se había celebrado como «muerte» se convirtió en una multitud de causas específicas de defunción clínica. Actualmente vagan por el mundo muchas «muertes». En las bibliotecas privadas de médicos de fines del siglo pasado hay numerosas ilustraciones de libros que muestran al doctor luchando a la cabecera de su paciente contra enfermedades personificadas. La esperanza que tenían los médicos de controlar el desenlace de enfermedades específicas dio lugar al mito de que tenían poder sobre la muerte. Los nuevos poderes atribuidos a la profesión dieron lugar a la nueva posición social del clínico.

Mientras el médico de la ciudad se convertía en clínico, el médico rural pasaba a ser primero un sedentario y luego un miembro de la élite local. En la época de la Revolución Francesa había pertenecido todavía al sector itinerante. El excedente de cirujanos castrenses de las guerras napoleónicas volvió al hogar con una vasta experiencia y buscó una manera de vivir.

Militares adiestrados en el campo de batalla, pronto pasaron a ser los primeros médicos residentes en Francia, Italia y Alemania. La gente sencilla no confiaba del todo en sus técnicas y los ciudadanos serios se sentían disgustados por sus modales rudos, pero aun así tenían clientela por su competencia como médicos. Enviaron a sus hijos a las nuevas escuelas de medicina que brotaban en las ciudades y éstos al volver crearon el papel del médico rural que continuó sin modificarse hasta la Segunda Guerra Mundial. Obtuvieron sólidos ingresos desempeñando la función de médico de cabecera de la clase media que podía muy bien sostenerlos. Algunos de los ricos de las ciudades adquirían prestigio viviendo como pacientes de clínicos famosos, pero a principios del siglo XIX el médico urbano afrontaba todavía una competencia mucho más seria procedente de los técnicos en medicina de antaño: la partera, el sacamuelas, el veterinario, el barbero y algunas veces la enfermera pública. No obstante la novedad de su papel y la resistencia a éste de arriba y abajo, a mediados de siglo el médico rural europeo había pasado a ser un miembro de la clase media. Ganaba suficiente actuando como lacayo de algún hacendado, era el amigo de la familia de otros notables, algunas veces visitaba enfermos humildes y enviaba sus casos complicados a algún colega, clínico de la ciudad. Así como la muerte «oportuna» había tenido su origen en la naciente conciencia de clase del burgués, la muerte «clínica» se originó en la naciente conciencia profesional del nuevo médico, adiestrado científicamente. En lo sucesivo, una muerte oportuna con síntomas clínicos pasó a ser el ideal de los médicos de la clase media, y pronto habría de incorporarse en los objetivos sociales de los sindicatos.

El sindicato reclama una muerte natural

En nuestro siglo, la muerte de un valetudinario sometido a tratamiento por médicos adiestrados clínicamente llegó a considerarse, por primera vez, como derecho civil. En los con-

tratos de los sindicatos se introdujo la asistencia médica para los viejos. El privilegio capitalista de la extinción natural por agotamiento en un sillón de director cedió el paso a la exigencia proletaria de recibir servicios de salud durante la jubilación. La esperanza burguesa de continuar en calidad de viejo sucio en su puesto fue expulsada por el sueño de llevar una activa vida sexual amparado en la seguridad social en una aldea de jubilados. La atención a toda afección clínica durante toda la vida pronto se transformó en una exigencia perentoria de acceso a una muerte natural. La asistencia médica institucional durante toda la vida había llegado a ser un servicio que la sociedad debía prestar a todos sus miembros.

La «muerte natural» apareció entonces en los diccionarios. Una gran enciclopedia alemana publicada en 1909 la define por medio del contraste: «la muerte anormal se opone a la muerte natural porque es resultado de enfermedades, violencias o trastornos mecánicos y crónicos». Un prestigiado diccionario de conceptos filosóficos expresa que «la muerte natural llega sin enfermedad previa, sin causa específica definible». Fue este concepto macabro aunque alucinante de la muerte el que llegó a entrelazarse con el concepto del progreso social. Pretensiones, legalmente válidas, a la igualdad en la muerte clínica diseminaron las contradicciones del individualismo burgués entre la clase trabajadora. El derecho a una muerte natural fue formulado como demanda de igual consumo de servicios médicos, más que como liberación de los males del trabajo industrial o como nuevas libertades y poderes para la autoasistencia. Este concepto sindicalista de una «muerte clínica igual» es pues el inverso del ideal propuesto en la Asamblea Nacional de París en 1792, es un ideal profundamente medicalizado.

En primer lugar, esta nueva imagen de la muerte apoya nuevos aspectos de control social. La sociedad ha adquirido la responsabilidad de prevenir la muerte de cada hombre: el tratamiento, eficaz o no, puede convertirse en un deber. La fatalidad sobrevenida sin tratamiento médico puede convertirse en un caso a cargo del médico forense. El encuentro con un médico llega a ser casi tan inexorable como el encuentro

con la muerte. Conozco el caso de una mujer que intentó matarse, sin éxito. La llevaron al hospital en estado comatoso, con dos proyectiles alojados en la columna vertebral. Empleando medidas heroicas el cirujano logró mantenerla viva y considera ese caso una doble hazaña: la mujer vive y está totalmente paralizada, de manera que ya no hay que preocuparse porque jamás vuelva a intentar suicidarse.

Nuestra nueva imagen de la muerte también cuadra con el *ethos* industrial. Irrevocablemente, la buena muerte ha llegado a ser la del consumidor normal de asistencia médica. Así como a principios del siglo quedaron definidos todos los hombres como alumnos nacidos en estupidez original y necesitando ocho años de escuela antes de poder entrar a la vida productiva, actualmente son marcados desde que nacen como pacientes, que necesitan toda clase de tratamiento si quieren llevar la vida de la manera adecuada. Así como el consumo obligatorio de educación llegó a utilizarse como medio para discriminar en el trabajo, así el consumo médico ha llegado a ser un recurso para aliviar el trabajo malsano, las ciudades sucias y el transporte que destroza los nervios.[236] ¡Qué necesidad hay de preocuparse por un ambiente menos asesino cuando los médicos están equipados industrialmente para actuar como salvavidas!

Por último, la «muerte bajo asistencia obligatoria» fomenta la reaparición de las ilusiones más primitivas acerca de las causas de la muerte. Como hemos visto, los pueblos primitivos no mueren de su propia muerte, no llevan lo finito en sus huesos y están todavía cerca de la inmortalidad subjetiva de la bestia. Entre ellos, la muerte requiere siempre una explicación sobrenatural, alguien a quien culpar: la maldición de un enemigo, el hechizo de un mago, la rotura del hilo en manos de los Parsis, o Dios que envía a su ángel de la muerte. En la danza con su imagen en el espejo, la muerte europea surgió

236. Giedion, Siegfried: *Mechanization takes command: a contribution to anonymous history*, Nueva York, Norton, 1964, 743 págs. Sobre la mecanización y la muerte, véase las págs. 209 a 240.

como acontecimiento independiente de la voluntad de otro, como fuerza inexorable de la naturaleza que todos tenían que afrontar solos. La inminencia de la muerte era un recordatorio agudo y constante de la fragilidad y delicadeza de la vida. A fines de la Edad Media, el descubrimiento de la «muerte natural» pasó a ser uno de los motivos principales de la lírica y del teatro europeos. Pero la misma inminencia de la muerte, una vez percibida como amenaza extrínseca procedente de la naturalcza, llegó a ser uno de los desafíos más importantes para el naciente ingeniero. Si el ingeniero civil había aprendido a manejar la tierra, y el pedagogo-hecho-educador a manejar el conocimiento, ¿por qué el biólogo-médico no había de manejar la muerte? Cuando el médico urdió interponerse entre la humanidad y la muerte, esta última perdió la inmediación y la intimidad que había ganado 400 años antes.

El cambio en la relación médico-muerte puede ilustrarse bien siguiendo el tratamiento iconográfico de este tema.[237] En la época de la Danza de la Muerte, el médico es raro; en el único dibujo que he localizado en que la muerte trata al médico como colega, aquélla ha tomado a un viejo con una mano, mientras en la otra lleva un vaso con orina y parece pedir al médico que confirme su diagnóstico. En la época de la Danza de la Muerte, el hombre esqueleto hace del médico el principal blanco de sus burlas. En el período anterior, mientras la muerte todavía llevaba algo de carne, le pide al médico que examine en su propia imagen en el espejo lo que sabe acerca de las entrañas del hombre. Más tarde, como esqueleto descarnado, se burla del médico por su impotencia, hace bromas por sus honorarios o los desprecia, ofrece medicamentos tan nocivos como los que despacha el médico y trata a éste como a un mortal más introduciéndolo en la danza. La muerte barroca parece inmiscuirse constantemente en las actividades del médico, burlándose de éste cuando vende sus mercancías en una feria, interrumpiendo sus consultas, transformando sus frascos

237. Especialmente Block, Werner; Warthin, Alfred Scott, y Briesemeister, Dietrich. Véase la nota 205.

de medicamentos en relojes de arena o bien ocupando el lugar del médico en una visita al lazareto. En el siglo XVIII aparece un nuevo motivo: se burla del médico por sus diagnósticos pesimistas y la muerte parece solazarse abandonando a los enfermos que el médico ha condenado. Hasta el siglo XIX, la muerte siempre está en tratos con el médico o con el enfermo, habitualmente tomando la iniciativa. Los contendientes se hallan en extremos opuestos del lecho del enfermo. Sólo después de haberse desarrollado considerablemente la enfermedad clínica y la muerte clínica encontramos los primeros dibujos en que el médico toma la iniciativa y se interpone entre su paciente y la muerte. Tenemos que esperar hasta pasada la Primera Guerra Mundial para ver médicos luchando con el esqueleto, arrancando a una joven de su abrazo y arrebatando la guadaña de la mano de la muerte. Alrededor de 1930 un hombre sonriente, vestido de blanco, se precipita contra un esqueleto sollozante y lo aplasta como mosca con dos volúmenes del *Lexicon of Therapy* de Marle. En otros dibujos, el médico levanta una mano y proscribe a la muerte al mismo tiempo que sostiene los brazos de una joven a quien la muerte sujeta de los pies. Max Klinger representa al médico cortando las plumas de un gigante alado. Otros muestran al médico encerrando al esqueleto en prisión o incluso pateando su huesudo trasero. Ahora es el médico en lugar del paciente el que lucha con la muerte. Como en las culturas primitivas, de nuevo puede culparse a alguien cuando triunfa la muerte; asimismo, ese alguien no tiene rostro, pero lleva una cédula: la persona no es una persona sino una clase.

Actualmente, cuando se incluye la defensa contra la muerte de la seguridad social, el culpable acecha en el seno de la sociedad. El culpable puede ser el enemigo de clase que priva al trabajador de suficiente asistencia médica, el doctor que se niega a hacer una visita nocturna, la empresa multinacional que eleva el precio de los medicamentos, el gobierno capitalista o revisionista que ha perdido el control sobre sus curanderos o el administrador que contribuye a adiestrar médicos en la Universidad de Delhi y luego los vacía en Londres. Se está

modernizando la tradicional cacería de brujas a la muerte de un jefe de tribu. Por cada muerte prematura o clínicamente innecesaria, puede encontrarse alguien o alguna entidad que irresponsablemente demoró o impidió una intervención médica.

Gran parte del progreso de la legislación social durante la primera mitad del siglo XX habría sido imposible sin el empleo revolucionario de esa imagen de la muerte industrialmente cincelada. No pudo haber surgido el apoyo necesario para agitar en favor de esa legislación ni haberse despertado sentimientos de culpa suficientemente fuertes para lograr su promulgación. Pero la demanda de una alimentación médica igual tendiente a una clase igual de muerte ha servido también para consolidar la dependencia de nuestros contemporáneos respecto de un sistema industrial en expansión sin límites.

La muerte bajo asistencia intensiva

No podemos comprender plenamente la estructura profundamente arraigada de nuestra organización social a menos que veamos en ella un exorcismo, de múltiples caras, de todas las formas de muerte maligna. Nuestras principales instituciones constituyen un programa de defensa gigantesco que hace la guerra en nombre de la «humanidad» contra entidades y clases relacionadas con la muerte.[238] Es una guerra total. En esta

238. Kalish, Richard A.: «Death and dying. A briefly anotated bibliography», en: Bri, Orville *et al.*, compiladores: *The dying patient,* Nueva York, Russel Sage Foundation, 1970, págs. 327-380, estudio bibliográfico de publicaciones en inglés sobre el morir, limitado principalmente a aspectos relacionados con la actividad profesional contemporánea y la tecnología. Sollito, Sharmon, y Veatch, Robert: *Bibliography of society, ethics and the life sciences,* The Hastings Center, 1973, evalúa esas actividades desde un punto de vista ético. McKnight: Una bibliografía de 225 títulos de lecturas recomendadas para un curso sobre la muerte en la sociedad moderna desde una perspectiva teológica. Diez páginas, edición multicopiada, enumera textos cristianos contemporáneos sobre la muerte en una sociedad industrial. Kutscher, Austin H., Jr.:

lucha se han alistado no sólo la medicina, sino también la asistencia social, el socorro internacional y los programas de desarrollo. Se han unido a la cruzada las burocracias ideológicas de todos los colores. La revolución, la represión e incluso las guerras civiles e internacionales se justifican a fin de derrotar a los dictadores o capitalistas a quienes puede culparse de la creación desenfrenada y la tolerancia de la enfermedad y la muerte.[239]

Curiosamente la muerte se convirtió en el enemigo que habría que derrotar precisamente en el momento en que apareció en escena la megamuerte. No sólo es nueva la imagen de la muerte «innecesaria», sino también nuestra imagen del fin del mundo.[240] La muerte, el fin de *mi* mundo, y el Apoca-

---

A bibliography of books on death, bereavement, loss and grief: 1935-1968, Nueva York, Health Sciences Publishing Corp., 1969. Euthanasia Educational Fund: *Euthanasia: an annotated bibliography,* Nueva York, 250 West 57th street, N.Y. 10019. Riley, John, Jr., y Habenstein, Robert W.: «Death. I. Death and bereavement. 2. The social organization of death», en: *International Encyclopedia of the Social Sciences,* Macmillan, vol. 4, 1968.

239. Fuchs, Werner, nota 195, niega que la muerte sea reprimida en la sociedad moderna. Gorer, G.: *Death, grief and mourning,* Nueva York, Doubleday, 1965. La tesis de Gorer de que la muerte ha ocupado el lugar del sexo como el tabú principal le parece infundada y engañosa. Generalmente, promueven la tesis de la represión de la muerte personas de convicciones profundamente antiindustriales con el objeto de demostrar la impotencia fundamental de la empresa industrial frente a la muerte para elaborar apologías en favor de Dios y de la vida futura. El hecho de que la gente tenga que morir se toma como prueba de que nunca controlará de manera autónoma la realidad. Fuchs interpreta todas las teorías que niegan la calidad de la muerte como vestigios de un pasado primitivo. Sólo considera científicas las que corresponden a su idea de una estructura social moderna. Su imagen de la muerte contemporánea es resultado de su estudio del lenguaje utilizado en las secciones necrológicas de los periódicos alemanes. Cree que lo que se llama «represión» de la muerte se debe a una falta de aceptación efectiva de la creencia cada vez más generalizada en la muerte como fin incuestionable y definitivo.

240. El concepto irracional de una sociedad que se enfrenta a la muerte se refleja en la incapacidad de la sociedad para habérselas con

lipsis, el fin de *el* mundo, están íntimamente relacionados; nuestra actitud hacia ambos ha sido sin duda profundamente afectada por la situación atómica. El Apocalipsis ha dejado de ser simplemente una conjetura mitológica y se ha convertido en una contingencia real. En lugar de deberse a la voluntad de Dios o a la culpa del hombre, o a las leyes de la naturaleza, Armagedón se ha convertido en una consecuencia posible de la decisión directa del hombre. Existe una analogía pavorosa entre las bombas atómicas y las de cobalto: se considera que ambas son necesarias para el bien de la humanidad, las dos son eficaces para dotar al hombre de poder sobre el fin. Los rituales sociales medicalizados representan un aspecto del control social por medio de la guerra autofrustránea contra la muerte.

Malinowski[241] ha sostenido que entre los pueblos primitivos la muerte amenaza la cohesión y por tanto la supervivencia de todo el grupo. Desencadena una explosión de temor y expresiones irracionales de defensa. La solidaridad del grupo se salva haciendo del acontecimiento natural un ritual social. La muerte de un miembro se transforma de ese modo en ocasión para una celebración excepcional.

El dominio de la industria ha desbaratado y a menudo disuelto la mayor parte de los lazos más tradicionales de solidaridad. Los rituales impersonales de la Medicina Industrializada crean una falsa unidad de la humanidad. Relacionan a todos sus miembros con un modelo idéntico de muerte «deseable» proponiendo la muerte en el hospital como meta del desarrollo económico. El mito del progreso de todos los pueblos hacia la misma clase de muerte disminuye la sensación de culpa de parte de los «poseedores» transformando las repugnantes muertes de los «desposeídos» en el resultado del

---

el Apocalipsis. Koch, Klaus: *Ratlos vor der Apokaliptik,* Gütersloh, Gütersloher Verlaghaus Gerd Mohn, 1970.

241. Malinowski, Bronislaw: «Death and the reintegration of the group», en: *Magic, science and religion,* Nueva York, Doubleday, 1949, págs. 47-53.

actual subdesarrollo, que debiera remediarse mediante una mayor expansión de las instituciones médicas.

Por supuesto, la muerte medicalizada[242] tiene una función diferente en las sociedades altamente industrializadas y en los países principalmente rurales. Dentro de una sociedad industrial, la intervención médica en la vida diaria no cambia la imagen predominante de la salud y la muerte, sino más bien la atiende. Difunde la imagen de la muerte que tiene la élite medicalizada a las masas y la reproduce para las generaciones futuras. Pero cuando se aplica la «prevención de la muerte» fuera de un contexto cultural en el que los consumidores se preparan religiosamente para las muertes en el hospital, la expansión de la medicina basada en el hospital constituye inevitablemente una forma de intervención imperialista. Se impone una imagen sociopolítica de la muerte; se priva a la gente de su visión tradicional de lo que constituye la salud y la muerte. Se disuelve la imagen de sí misma que da cohesión a su cultura y los individuos atomizados pueden ser incorporados en una masa internacional de consumidores de salud altamente «socializados». La expectativa de la muerte medicalizada pesca al rico con ilimitados pagos de seguros y tienta al pobre con una dorada trampa mortal. Las contradicciones del individualismo burgués se corroboran por la incapacidad de la gente para morir con alguna posibilidad de adoptar una actitud realista frente a la muerte.[243] El aduanero que custodiaba la frontera de Alto Volta con Malí me explicó la importancia de la muerte en relación con la salud. Le pregunté cómo podía entenderse entre sí la gente que vive a lo largo del Níger, no obstante que casi cada aldea tiene una lengua diferente. Para él esto no tenía nada que ver con el idioma: «Si la gente

242 Cassel, Eric J.: «Dying in a technical society», en: *Hastings Center Studies*, vol. 2, n.º 2, mayo de 1974, págs. 31-36. «La muerte ha pasado del interior del orden moral hasta el orden técnico... no creo que los hombres fueran inherentemente más morales en el pasado cuando predominaba el orden moral sobre el técnico.»

243. Morin, Edgar: *L'homme et la mort*, París, Seuil, 1970, que desarrolla el argumento.

corta el prepucio de sus hijos como lo hacemos nosotros y muere nuestra muerte, nos podemos entender bien».

En muchos pueblos de México he visto lo que ocurre cuando llega el Seguro Social. Durante una generación la gente continúa con sus creencias tradicionales; saben cómo afrontar la muerte, el morir y el duelo. La nueva enfermera y el médico, creyendo que saben más, les hablan acerca de todo un Panteón de malignas muertes clínicas, cada una de las cuales puede suprimirse por un precio. En lugar de modernizar las prácticas populares de autoasistencia, predican el ideal de la muerte en el hospital. Con sus servicios inducen a los campesinos a buscar interminablemente la buena muerte que se describe internacionalmente, búsqueda que los hará consumidores para siempre.

Como todos los demás principales rituales de la sociedad industrial, la medicina adopta en la práctica la forma de un juego. La función principal del médico pasa a ser la de un árbitro. Es el agente o representante del cuerpo social, que tiene el deber de asegurar que todos jueguen conforme a las reglas.[244] Por supuesto, las reglas prohíben abandonar el juego y morir de cualquier manera que no haya sido especificada por

244. La humanidad industrializada necesita el tratamiento desde la cuna hasta el pabellón terminal. Kubler-Ross, Elisabeth: *On death and dying?*, Nueva York, Macmillan, 1969, indica una nueva clase de terapeuta terminal. La autora señala que el moribundo pasa por varias etapas típicas y que el tratamiento adecuado puede facilitar este proceso a los «morituri» bien manejados. Ramsey, Paul: «The indignity of "death with dignity"», en: *Hastings Center Studies*, vol. 2, n.º 2, mayo de 1974, págs. 47-62. Al comenzar los años setenta se observa que los moralistas coinciden cada vez más en que la muerte tiene que aceptarse nuevamente y todo lo que puede hacerse por los moribundos es acompañarlos en su último viaje. Pero bajo ese acuerdo hay una interpretación cada vez más mundana, naturalista y antihumanística de la vida humana. Morison, Robert S.: «The last poem: the dignity of the inevitable and necessay. Commentary on Paul Ramsey», en: *Hastings Center Studies*, vol. 2, n.º 2, mayo de 1974, págs. 62-66. Morison critica a Ramsey, quien recomienda que todo aquel que no pueda hablar como ético cristiano debe proceder así como una especie de «hipotético denominador común».

el árbitro. La muerte ya no ocurre sino como profecía del hechicero que se realiza por sí misma.[245]

Mediante la medicalización de la muerte, la asistencia a la salud se ha convertido en una religión monolítica mundial [246] cuyos dogmas se enseñan en escuelas obligatorias y cuyas normas éticas se aplican a una reestructuración burocrática del ambiente: la sexualidad pasó a ser un tema del programa y en obsequio de la higiene se prohíbe que dos usen la misma cuchara. La lucha contra la muerte, que domina el estilo de vida de los ricos, se traduce por los organismos de desarrollo

245. Lester, David: «Voodoo death: some new thougths on an ond phenomenon», en: *American Anthropologist,* 74, 1972, páginas 386-390.

246. Delooz, Pierre: «Who believes in the hereafter», en: Godin, André, comp.: *Death and presence,* Brussels, Lumen Vitae Press, 1972, págs. 17-38, muestra que en Francia los oradores públicos contemporáneos han separado eficazmente la creencias en Dios de la creencia en el más allá. Danblon, Paul, Godin, André: «How do people speak of death?», en: Godin, André, com., *ibid.,* págs. 39-62. Danblon estudió entrevistas con 60 figuras públicas de habla francesa. Las analogías que hay entre las diversas religiones en cuanto a sus expresiones, sentimientos y actitudes hacia la muerte son mucho más fuertes que sus diferencias debidas a diversas creencias o prácticas religiosas. Fletcher, Joseph F.: «Antidysthanasia: the problem of prolonging death», en: *The Journal of Pastoral Care,* vol. XVIII, 1964, págs. 77-84, impugna la prolongación irresponsable de la vida, desde el punto de vista de un capellán de hospital, diciendo: «Yo mismo convendría con Pío XII y por lo menos con dos Arzobispos de Canterbury, Lang y Fisher, que se han dedicado a este asunto, en que el conocimiento técnico del médico, sus «conjeturas informadas» y su experiencia debieran ser la base para decidir si existe alguna "razonable esperanza". Esa determinación está fuera de la competencia de un profano... pero habiendo determinado que la afección es irremediable, no puedo aceptar que sea prudente ni justo cargar a los médicos, como fraternidad, con la responsabilidad de decidir por sí solos si se ha de dejar ir al paciente». Esa tesis es común. Muestra como incluso las iglesias apoyan el juicio profesional. Esta convergencia de la práctica cristiana y el ejercicio médico se opone inflexiblemente a la actitud de la teología cristiana hacia la muerte. Boros, Ladislaus: *Mysterium mortis. Der Mensch in der letzen Entscheidung,* Friburgo/Br., Walter Verlag, 1962, Rahner, Karl.: *Zur theologie des Todes,* Herder, Friburgo, 1963.

en una serie de reglas mediante las cuales se obligará a los pobres de la tierra a portarse bien.

Sólo una cultura desarrollada en sociedades altamente industrializadas pudo haber provocado la comercialización de la imagen de la muerte que acabo de describir. En su forma extrema, la «muerte natural» es actualmente ese punto en que el organismo humano rechaza todo nuevo insumo de tratamiento. La gente muere[247] cuando el electroencefalograma indica que sus ondas cerebrales se han aplanado: no lanzan un último suspiro ni mueren porque se para su corazón. La muerte aprobada socialmente ocurre cuando el hombre se ha vuelto inútil no sólo como productor, sino también como consumidor. Es el punto en que un consumidor, adiestrado a alto costo, debe finalmente ser cancelado como pérdida total. La muerte ha llegado a ser la forma última de resistencia del consumidor.[248]

Tradicionalmente, la persona mejor protegida contra la muerte fue aquel a quien la sociedad había condenado a morir. La sociedad consideraba una amenaza que el hombre que estaba en capilla pudiera usar su corbata para colgarse. Era

247. Maguire, Daniel: *The freedom to die.* Trabajando con espíritu creador y en formas no pensadas aún, los grupos políticos que representan a los moribundos y a los gravemente enfermos podrían convertirse en una fuerza curativa de la sociedad, en: Commonweal, 11 de agosto de 1972, págs. 423-428 Robitscher, Jonas B.: «The right to die. Do we have a rigth not to be treated?», en: *The Hastings Center Report,* vol. 2, n.º 4, septiembre de 1972, págs. 11-44.

248. Brim, Orville; Freeman, Howard; Levine, Sol, y Scotch, Norman, comps.: *The dying patient,* Nueva York, Russel Sage Foundation, 1960. Se refieren primero a la gama de análisis técnicos y toma de decisiones en que se ocupan los profesionales de la salud cuando se dedican a determinar las circunstancias en que debe ocurrir la muerte de un individuo. Proporcionan una serie de recomendaciones acerca de lo que podría hacerse para conseguir que este proceso mecanizado fuese «un tanto menos desairado y desagradable para el paciente, su familia y, sobre todo, el personal encargado». En esta antología lo macabro se convierte en una nueva clase de obscenidad profesionalmente dirigida. Véase también: Sudnow, David: «Dying in a public hospital», en: Brim, Orville *et al., ibid.,* págs. 191-208.

un desafío a la autoridad que el condenado se quitara la vida antes de la hora fijada. Actualmente, el hombre mejor protegido para que no pueda montar el escenario de su propia muerte es la persona enferma en estado crítico. La sociedad, actuando mediante el sistema médico, decide cuándo y después de qué indignidades y mutilaciones él morirá.[249] La medicalización de la sociedad ha traído consigo el fin de la época de la muerte natural. El hombre occidental ha perdido el derecho de presidir su acto de morir. La salud, o sea el poder autónomo de afrontar la adversidad, ha sido expropiada hasta el último suspiro. La muerte técnica ha ganado su victoria sobre el acto de morir.[250] La muerte mecánica ha vencido y destruido a todas las demás muertes.

249. Sudnow, David, *ibid.,* en su estudio de la organización social informa: «...se observó a una enfermera tratando durante dos o tres minutos de cerrar los párpados de una enferma. La mujer estaba muriendo, explicó la enfermera y ella trataba de conseguir que los párpados se quedaran cerrados. Después de varios intentos infructuosos, la enfermera consiguió cerrarlos y dijo, con un suspiro de triunfo: "Ahora está bien". Cuando se le interrogó acerca de lo que hacía, respondió que los ojos de un paciente deben estar cerrados después de la muerte, de manera que el cadáver parezca una persona dormida. Explicó que era más difícil lograr esto después que los músculos y la piel habían comenzado a ponerse rígidos. Agregó que ella siempre procuraba cerrarlos *antes* de la muerte. De ese modo la eficiencia era mayor cuando llegaba el personal del pabellón a envolver el cuerpo. Había que tener consideración hacia los trabajadores que preferían manejar cadáveres lo menos que fuera posible». Págs. 192 y 193.

250. Briliant-Savarin: «Méditation XXVI, De la mort», en: *Physiologie du goût,* Brillat-Savarin atendió a su tía abuela de 93 años cuando estaba muriendo. «Había conservado todas sus facultades y no habría uno advertido su estado si no fuera por su menor apetito y su voz débil. "Estás ahí, sobrino?" "Sí, tía, estoy a tus órdenes y creo que sería bueno que probaras este buen vino viejo." "Dámelo, los líquidos van siempre para abajo." La hice engullir un medio vaso de mi mejor vino; inmediatamente se reanimó y volviendo hacia mí sus ojos que habían sido muy hermosos, me dijo: "Gracias por este último favor. Si alguna vez llegas a tener mi edad, verás que la muerte llega a ser tan necesaria como el sueño". Esas fueron sus últimas palabras y media hora después estaba dormida para siempre.»

PARTE IV

LA POLITICA DE LA SALUD

9. LA RECUPERACION DE LA SALUD

Mucho sufrimiento ha sido siempre obra del hombre mismo. Se han llevado registros de esta persecución intencional del hombre por el hombre. La historia es un largo catálogo de esclavitud y explotación, contado habitualmente en las epopeyas de conquistadores o contado en las elegías de las víctimas. La guerra estuvo en las entrañas de este cuento, con el pillaje, el hambre y la peste que vinieron inmediatamente después. Hasta hace poco tiempo, la guerra entre naciones y clases ha sido el factor principal de las calamidades producidas por el hombre. Actualmente, los efectos secundarios no deseables, materiales, sociales y psicológicos de las llamadas empresas pacíficas compiten en poder destructivo con los de la guerra, y de ello se llevan fielmente estadísticas.

El hombre es el único animal cuya evolución se ha condicionado por la adaptación en más de un frente. Si no sucumbió a las bestias de rapiña y las fuerzas de la naturaleza, tuvo que luchar contra usos y abusos de otros de su especie. En esa lucha con los elementos y los vecinos, se formaron su carácter y cultura y se debilitaron sus instintos.

Los animales se adaptan mediante la evolución en respuesta a cambios de su ambiente natural. Unicamente en el hombre puede hacerse consciente el reto y su respuesta a personas difíciles y situaciones amenazantes adoptar la forma de acción racional y de hábito consciente. El hombre puede planificar sus relaciones con la naturaleza y el vecino y puede sobrevivir incluso cuando su empresa ha fracasado parcial-

La naturaleza social de Némesis ha cambiado actualmente. Con la industrialización del deseo y la mecanización de las respuestas rituales Hubris se ha propagado. El progreso material sin límites ha llegado a ser la meta del hombre común. Hubris industrial ha destruido la mítica estructura de los límites de fantasías irracionales. La ingeniería ha materializado el mito, ha logrado que parezcan racionales las respuestas técnicas a sueños insensatos y ha convertido la búsqueda de valores destructivos en una conspiración entre proveedor y cliente. Némesis para las masas es actualmente la repercusión ineludible del progreso industrial. Es el monstruo material nacido del sueño industrial desmesurado. Se ha difundido a todo lo largo y lo ancho como la escolarización universal, el transporte masivo, el trabajo industrial asalariado y la medicalización de la salud. La diosa alada de la autodefensa de la naturaleza nos llega ahora a través de las redes de televisión, autopistas, supermercados y clínicas. Los mitos heredados han dejado de proporcionar límites para la acción. La especie sólo podrá sobrevivir a la pérdida de sus mitos tradicionales si aprende a afrontar racional y políticamente sus sueños envidiosos, codiciosos y perezosos. Límites al crecimiento industrial, establecidos políticamente, habrán de ocupar el lugar de linderos mitológicos. La exploración y el reconocimiento políticos de las condiciones necesarias para la equidad y la eficacia tendrán que fijar los límites al modo industrial de producción.

Némesis endémica

Némesis ha llegado a ser estructural y endémica. Las calamidades provocadas cada vez más por el hombre son subproductos de empresas que se suponía habrían de proteger al común de la gente en su lucha contra la inclemencia del medio y contra la desenfrenada injusticia descargada por la élite. La causa principal de dolor, invalidez y muerte ha llegado a ser el tormento planificado y mecanizado, si bien no intencional. Nuestras dolencias, desamparos e injusticias más comunes

mente. Es el animal que puede resistir pacientemente pruebas y aprender entendiéndolas. Es el único ser que puede y debe resignarse a los límites cuando llega a percatarse de ellos. Una reacción consciente a sensaciones dolorosas, a lesiones y a la muerte en definitiva es parte de la capacidad de lucha del hombre. La aptitud para rebelarse y perseverar, para tener paciencia y resignación, son partes integrantes de la salud humana.

Pero la naturaleza y el vecino son sólo dos de las tres fronteras con las que debe habérselas el hombre. Siempre se ha reconocido un tercer frente en el que puede amenazar el destino. El hombre debe sobrevivir a su sueño que el mito ha modelado y controlado. La sociedad debe hacer frente a los deseos irracionales de sus miembros. Hasta la fecha, el mito ha cumplido la función de asegurar al hombre común que está a salvo en esta tercera frontera si su acción se mantiene dentro de ciertos límites. El desastre sólo amenaza a esos pocos que tratan de sobrepasar a los dioses. El hombre común perece por dolencia o por violencia. Unicamente el rebelde contra la condición humana cae presa de Némesis, la envidia de los dioses.

Némesis industrializada

Prometeo era un héroe, a diferencia de «Jederman». Impulsado por la codicia radical (*pleonexia*), rebasó las medidas del hombre (*aitia* y *mesotes*) y con arrogancia sin límites (*hubris*) robó el fuego del cielo. De ese modo atrajo inevitablemente sobre sí a Némesis. Fue encadenado y sujetado a una roca del Cáucaso. Un buitre le devoraba todo el día las entrañas y los dioses que curan, cruelmente lo curaban y mantenían vivo reinjertándole el hígado todas las noches. Némesis le imponía un tipo de dolor destinado a semidioses, no a hombres. Su sufrimiento sin esperanza y sin fin convirtió al héroe en un recordatorio inmortal de la ineludible represalia cósmica.

son principalmente efectos secundarios de estrategias para tener más y mejores educación, vivienda, alimentación o salud.

Una sociedad que valora la enseñanza planificada por encima del aprendizaje autónomo no puede sino enseñar al hombre a sujetarse a su lugar mecanizado. Una sociedad que para la locomoción depende en proporción abrumadora del transporte manipulado no puede sino hacer lo mismo. Más allá de un cierto nivel de energía empleado para acelerar el tráfico de una sola persona cualquiera, la industria del transporte inmoviliza y esclaviza a la mayoría de innumerables pasajeros anónimos y proporciona ventajas únicamente a la élite. No hay combustible nuevo, ni tecnología o controles públicos que puedan impedir que la movilización y la aceleración crecientes de la sociedad produzcan cada vez más molestias, parálisis programada y desigualdad. Exactamente lo mismo ocurre en la agricultura. Pasado un cierto nivel de inversión de capital en el cultivo y elaboración de alimentos, inevitablemente la malnutrición se difunde.[251] El progreso de la revolución verde

251. Teuteberg, Hans J., y Wiegelmann, Günter: *Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluss der Industrialisierung,* Göttingen, Vandenhoeck & Rupreht, 1972. Teuteberg y Wiegelmann han reunido la historia detallada de la influencia de la industrialización sobre los hábitos de nutrición. Las necesidades militares de una nación-estado naciente transformaron en un asunto de estado la inquietud por producir alimentos y tener reclutas bien nutridos. Durante toda la antigüedad y la Edad Media se consideró que la observancia de reglas dietéticas era la principal disciplina necesaria para mantener la salud y prolongar una vida sana. Heischkel-Artelt, Edith: «Grundzuge der menschlichen Ernahrung im Altertum und Mittelalter», en: *Actas del 7.º Congreso Internacional de Nutrición,* Hamburgo, 1966. Vol. 4, Braunschweig, 1967. Esta comparación de centenares de libros de cocina de todas las épocas indica que el mantenimiento de la salud más que el gusto fue la preocupación primordial del menú concebido racionalmente. La mayor parte del alimento consumido por los habitantes de las ciudades europeas antes de la Revolución Francesa se producía en las inmediaciones. Se cultivaba en campos de donde podía transportarse a los mercados de la ciudad en unas cuantas horas, o se sembraba en trascorrales. Las múltiples ordenanzas urbanas para limitar la circulación de cerdos y aves de corral en las calles reflejaban la capacidad de la ciudad para producir parte de sus propios alimentos. Muy pocas

tiene entonces que destrozar los hígados de los consumidores más eficazmente que el buitre de Zeus. Ninguna ingeniería biológica puede impedir la desnutrición ni la intoxicación alimentaria pasado ese punto. Lo que está ocurriendo en el Sahel subsahariano es sólo un ensayo general de la invasora hambre mundial. No es sino la aplicación de una ley general. Cuando el modo industrial produce más de una cierta proporción de valor, se paralizan las actividades de subsistencia, disminuye la equidad y se reduce la satisfacción total en esa zona particular. En otras palabras, pasado un cierto nivel de hubris industrial, tiene que instalarse Némesis.

Es impresionante la falta de atención pública ante la inminencia del hambre. Desde la Segunda Guerra Mundial, 1972 fue el primer año en que disminuyó la producción de pescado, fuente importante de comida animal, fertilizantes y alimentos humanos, no obstante el aumento de capital y gastos de ope-

---

personas podían escoger la clase de víveres que iban a comer y los alimentos poco comunes se consideraban malsanos. Los niveles preindustriales de nutrición en las zonas rurales variaban con el estado del tiempo. Con la industrialización fue empeorando progresivamente la nutrición urbana. El hambre rural cambió de un destino periódico ineludible a un acontecimiento técnica y financieramente manipulable. Más o menos a mediados del siglo XIX se descubrió la necesidad de que los trabajadores estuvieran bien nutridos para que fueran productivos. La necesidad de que hubiera un interés público en su nutrición se descubrió casi al mismo tiempo en que se relacionaron por primera vez la escolaridad y la asistencia médica con su productividad. En 1860 el ejército alemán reconoció oficialmente la necesidad de la buena alimentación infantil. Por esa época ya había producido sus efectos el nuevo tipo de desnutrición industrial y tuvo que rechazarse hasta el 40 % de los reclutas. Véase Mellwing: «Uber die Abnahme der Kriegstüchtigkeit in der Mark Brandenburg», en: *Mittheilungen des Kgl. Preusischen Statistichen Bureaus 1860,* N.º 9, 10 y 16. Véase también Abel, Wilhelm: *Agrarkrisen und Agrarkonjunktur. Eine Geschichte der Land- und Ernahrungsvirtschaft Mitteleuropas seit dem hohen Mittelalter.* 2. Aufl. Hamburgo/Berlín, 1966. Marshall, C.: *Health and nutritional consequences of selected developmental programmes.* Esta es la sección I de Farvar T.: *The careless technology,* National History Press. N.J., 1972.

ración de la industria pesquera. La producción *per cápita* de artículos agrícolas ha caído en los países en desarrollo a los niveles de 1961-1965, es decir, a los ya alcanzados antes del auge de la «revolución verde». En esos países, la producción para el mercado de alimentos ha dejado de correr parejas con los aumentos de población, mientras que durante los pasados quince años muchas más personas han salido del sector de la subsistencia y se han hecho dependientes del mercado. Esta es la primera ocasión en tiempos de paz en que se han agotado los principales almacenes de grano para el mercado mundial. Es la primera ocasión, en tiempo de paz, en que se han agotado las principales reservas de cereales para el mercado mundial. Por primera vez desde que los ferrocarriles hicieron posible un verdadero mercado mundial de alimentos, la población del mundo depende de la producción corriente en otras palabras, del estado del tiempo y de la política.

En tiempos pasados, cuando estaba abrumada por la escasez de alimentos, la gente competía simplemente mediante la fuerza de su número por esos alimentos escasos. Ahora la opulencia ha precipitado una nueva competencia brutal entre los comedores de carne y los comedores de cereales. Para alimentar a un norteamericano se necesita una tonelada de grano, de la cual él solo come 67,5 kilos en forma de cereales, mientras que el resto se da de comer a los animales que le proporcionan huevos, carne y leche. Un campesino mexicano come bien y alimenta a sus pollos si puede contar con 144 kilos de grano por año. El apaciguamiento político entre las mayores potencias sólo agudiza esta competencia. Con aquél se han vaciado los almacenes norteamericanos de alimentos, se han elevado los precios mundiales y se han alimentado suficientes marranos rusos para ayudar al Kremlin a proseguir su camino hacia el socialismo de consumo.

Como en 1973 con el combustible, así ocurrirá en 1976 con las proteínas: el mundo está pasando de un mercado de compradores a uno de vendedores. Convergen las crisis de combustible y alimentos. Cada kilo de fertilizante requiere de 5 a 10 kilos de combustible fósil para su elaboración y

transporte. El alza de precios del combustible reduce la cantidad de agua que puede bombear la gente. Gran parte del costo recientemente aumentado de la producción de alimentos se ha debido a los mayores costos del bombeo y al empleo de grandes cantidades de fertilizantes costosos .Se ha agotado el tiempo en que la revolución verde[252] tal vez pudo haber sido utilizada para la difusión y aceptación de medidas de control de la natalidad. El hambre controla actualmente el crecimiento de la población. Pero es de un nuevo género. Ya no será la hambruna esporádica que antiguamente llegaba con sequías y guerras,[253] ni la escasez ocasional de alimentos que podía remediarse mediante buena voluntad y envíos de emergencia. El hambre que viene es un subproducto de la inevitable concentración de agricultura industrializada en países ricos y en las regiones fértiles de los pobres. Paradójicamente, el intento de contrarrestar el hambre con nuevos incrementos de la agricultura industrialmente eficiente sólo amplía el alcance de la catástrofe por restringir la utilización de tierras marginales. El hambre seguirá aumentando hasta que la tendencia hacia la producción con empleo intensivo de capital por los pobres para los ricos haya sido sustituida por una nueva clase de autonomía rural, regional, fundada en el trabajo intensivo.[254]

Los defensores del progreso industrial están ciegos o corrompidos si pretenden que pueden calcular el precio del pro-

252. Borgstrom, George: «The green revolution», en: *Focal Points*, Macmillan, 1973, parte II, págs. 172-201. Reproducido en CIDOC DOC I/V 74/67. Es un análisis y una evaluación de una docena de ilusiones acerca de la revolución verde, muchas de las cuales se refuerzan constantemente con declaraciones engañosas de organismos internacionales.

253. Lebrun, François: «Les hommes et la mort en Anjou aux 17e et 18e siècles», *Essai de démographie et de psychologie historiques*, París, Mouton, 1971. Estudio sociológico-histórico detallado.

254. Heierli, Urs.: *Toward a low-energy development concept for the Third World*. CIDOC DOC. I/V 74/76. Trans. from: *Energiekrise und Entwicklungstrategie. Dezentralisierte Entwicklung als Konsequenz der Energieverknappung*. Manuscript prepared for the Latin American Institute of the University of St.-Gallen, Switzerland, 1974, 38 pág.

greso. Los perjuicios de Némesis no pueden compensarse, calcularse ni liquidarse.[255] El pago inicial para el desarrollo industrial podría corresponder al enunciado, pero las cuotas a interés compuesto por la producción en expansión reditúan actualmente un sufrimiento que excede cualquier idea de medida o precio. Ni siquiera rescate sería un término adecuado, porque en lugar de liberar, cada pago provoca mayor esclavitud.

255. La inminente crisis mundial debida a un nuevo género de malnutrición tiene por lo menos cuatro factores contribuyentes distintos. El primero es una simple disminución de la cantidad de víveres disponibles en todas partes y la concentración de proteínas animales en una minoría de la población mundial. Los ricos monopolizan la energía del sol, por así decirlo, en las mesas de sus comedores. El segundo factor es el incremento de aditivos malsanos de los alimentos que varían desde los residuos de plaguicidas, fungicidas o agentes promotores del crecimiento que el agricultor envía al vendedor mayorista, hasta los colorantes, preservativos y otros subproductos del proceso de envase que exige el mercado moderno. Un tercer factor es el aumento de micotoxinas, véase Tainsh, Ramsay A.: *Secondary mycotoxicosis*, 10 páginas, 22 de noviembre de 1973, CIDOC, las toxinas producidas por hongos que inevitablemente se desarrollan cuando los cereales y las semillas oleaginosas se conservan durante largos períodos o se transportan a través de diferentes climas. El cuarto factor es una creciente disparidad cultural, genética y fisiológica entre los alimentos ofrecidos para el consumo y el consumidor.

El incremento de micotoxinas, tercer factor antes mencionado, ha sido estudiado por nuestro colega Arturo Aldama, en CIDOC en Cuernavaca. Si se confirman sus temores sobre la prevalencia y gravedad de la micotoxicosis, los peligros que amenazan a la humanidad por esta causa son mayores que los derivados de los crecientes niveles de radiación.

La micotoxicosis secundaria no fue un problema muy generalizado mientras la gente no se alimentó a través de un mercado mundial. Menos del 1 % del peso total de los alimentos consumidos por la humanidad procedían de fuera de su propia región. Sólo después de la segunda guerra mundial una mayoría de personas llegaron a depender, en cuanto a un porcentaje creciente de su ingestión total de alimentos, de productos que se habían comercializado más allá de sus inmediaciones. Esta situación relativante nueva garantiza que la mayor parte de los productos y especialmente los granos que constituyen la base de la nutrición para los pobres, han sido almacenados durante largos

En algún punto de la expansión de instituciones, «homo economicus», impulsado por el deseo de obtener beneficios marginales, se convierte en «homo religiosus» sacrificándose en aras de la ideología industrial. Esto ocurre cuando periódicamente se pide a los miembros de una sociedad que paguen un precio aún mayor por necesidades definidas industrialmente a pesar de las pruebas de que están comprando más sufrimiento con cada unidad. En este momento, la conducta social comienza a ser paralela a la del toxicómano. Las expectativas se vuelven irracionales y alucinantes. La porción autoproducida de sufrimiento supera los daños producidos por la naturaleza, y todos los perjuicios ocasionados por el vecino. Hubris motiva una conducta de masas autodestructiva. La Némesis clásica fue el castigo por el abuso temerario de privilegios. Némesis industrializada es la retribución por la participación concienzuda en la persecución de sueños sin el freno de la mitología tradicional ni de una nueva y razonable moderación.

La guerra y el hambre, la peste y las catástrofes naturales, la tortura y la locura continúan siendo compañeras del

---

períodos y transportados a través de muchos climas. En esas condiciones el alimento se expone a una alta probabilidad de múltiples infecciones por hongos. Las espórulas producen micotoxinas que, una vez formadas, no pueden eliminarse mediante ningún proceso de limpieza y acaban por introducirse en el animal y en la cadena humana de alimentación. El mercado mundial de alimentos garantiza una difusión casi instantánea de todo nuevo hongo. Es muy difícil identificar las dosis subletales de micotoxinas. De no ser así, gran parte de los alimentos actualmente en el mercado habrían sido proscritos. Las micotoxinas parecen ser venenos acumulativos que comienzan por obstaculizar el funcionamiento de las células cerebrales y pasan luego a otros órganos vitales. Un efecto comprobado de la micotoxicosis secundaria es la disminución de la capacidad para digerir, lo que provoca una mayor ingestión de alimentos por parte de los que sufren intoxicaciones subletales por hongos. Una disminución repentina de la población mundial es uno de los resultados previsibles de la difusión de la micotoxicosis. No es ilógico suponer que éste fue el mecanismo que súbitamente acabó con muchas poblaciones del neolítico. Los altiplanos de América Latina están tachonados con grandes centros de cultura que fueron abandonados en el curso de una generación.

hombre, pero ahora están modeladas en una nueva Gestalt por la Némesis que las sobrepasa. Cuanto mayor es el progreso económico de cualquier colectividad, mayor es la parte que desempeña Némesis industrial en dolor, impedimentos, discriminación y muerte. Cuanto más intensa es la seguridad que se deposita en técnicas productoras de dependencia, mayor es el índice de despilfarro, degradación y patogénesis que deben atacarse incluso con otras técnicas más, y mayor es la fuerza activa empleada en la eliminación de basuras, el manejo de desechos y el tratamiento de personas a quienes el progreso ha hecho superfluas. El estudio disciplinado de Némesis puede proporcionar el marco conceptual para comprender el crecimiento de actividades concernientes a la defensa contra los subproductos no deseados de valores industrialmente motivados. Este debiera ser el campo principal de investigaciones para los que se preocupan por la asistencia de la salud, la curación y el consuelo.

Némesis Médica

Tántalo era un rey a quien los dioses invitaron al Olimpo para compartir sus manjares. Se robó la ambrosía, la poción divina que daba a los dioses una vida sin fin. En castigo lo hicieron inmortal... en el Hades, y fue condenado a sufrir hambre y sed interminables. Cuando se inclina hacia el río en cuya orilla se encuentra, el agua se aparta, y cuando trata de alcanzar la fruta por encima de su cabeza, las ramas se alejan. Los etólogos podrían decir que Némesis Médica lo programó para un comportamiento compulsivo contraintuitivo.

El anhelo de ambrosía se ha extendido en la actualidad al común de los mortales. La euforia científica y la política se han combinado para propagar la adicción. Con objeto de sostenerla se ha organizado un sacerdocio de Tántalo que ofrece mejorías médicas ilimitadas a la salud humana. Los miembros de este gremio se hacen pasar como discípulos de Esculapio el que curaba, cuando en realidad son mercachifles de ambro-

sía. El resultado de depender de ambrosía es la Némesis Médica.

Némesis Médica es más que todas las yatrogénesis clínicas juntas, más que la suma de mal ejercicio y encallecimiento profesionales, negligencia, mala distribución política, incapacidades médicamente decretadas y todas las consecuencias de ensayos y errores médicos. Es la expropiación de la capacidad del hombre para afrontar la adversidad por un servicio de mantenimiento que lo conserva equipado a las órdenes del sistema industrial.

La yatrogénesis clínica puede concebirse como un mal que requiere enjuiciar a médicos, farmacéuticos, hospitales y planificadores. La yatrogénesis social puede por lo menos atribuirse parcialmente al predominio de los intereses privados sobre los intereses públicos que gobiernan las profesiones de la salud. La yatrogénesis estructural no tiene culpable conocido contra el que pueda protestarse. Prolifera por una cancerosa ilusión de la vida y se manifiesta cuando esa ilusión ha penetrado en una cultura. Es un síntoma de la enfermedad mortal de la civilización médica. Por muy completamente que se haya controlado o incluso reducido el complejo médico-industrial, esa limitación impuesta a una de las más grandes industrias no puede detener a la Némesis industrial. Unicamente transferiría el control social que actualmente practica la medicina a alguna otra hegemonía. Sólo la inversión del índice general de crecimiento de la sociedad en bienes y servicios comercializados puede permitir una reversión. Pero esto no hace a la profesión médica un objetivo menos esencial para el desestablecimiento radical: si se obtuviera una decisión política unánime de que pueden reducirse drásticamente los productos de la industria médica y de que es posible hacerlo con el propósito de mejorar la salud, se habría dado un paso enorme para conocer la necesidad de reversiones análogas en otros de los sectores industriales más importantes. Y como la medicina es una vaca sagrada, su sacrificio tendría un «efecto de vibración»: la gente que puede afrontar el sufrimiento y la muerte sin necesidad de magos ni de mistagogos es libre de

rebelarse contra otras formas de expropiación que actualmente practican maestros, ingenieros, abogados, sacerdotes y funcionarios de partido.

Némesis velada

La Némesis Industrial en sus diversas formas ha alcanzado en la actualidad tal predominio que erróneamente se supone que ha sido siempre parte integrante de la condición humana. Esta trivialización de némesis conduce a una incapacidad desesperada de considerar su origen industrial y a buscar su inversión en un crecimiento negativo del sistema industrial y administrativo que nos mantiene uncidos a él.

Ante el desastre inminente las reacciones adoptan todavía la forma de mejores planes de estudios, más servicios de mantenimiento de la salud o más eficientes y menos contaminantes transformadores de energía. Todavía se busca la respuesta a Némesis en una mejor ingeniería de los sistemas industriales. Se reconoce el síndrome correspondiente a Némesis, pero todavía se busca su etiología en una mala ingeniería combinada con una administración en beneficio propio, ya sea el control de Wall Street o de El Partido. Aún no se reconoce que Némesis es la materialización de una respuesta social a un sueño codicioso, envidioso y perezoso. Aún no se comprende que Némesis es la ilusión delirante nutrida por la estructura ritual, no técnica, de nuestras principales instituciones industriales. Así como los contemporáneos de Galileo se negaban a mirar a través del telescopio las lunas de Júpiter porque temían que su visión heliocéntrica del mundo se conmoviera, así nuestros contemporáneos se niegan a afrontar Némesis porque se sienten incapaces de poner el modo autónomo de producción en lugar del industrial en el centro de sus estructuras sociopolíticas.

Del mito heredado al procedimiento respetuoso

Entre los primitivos y durante toda la historia registrada, siempre se ha reconocido el poder de una dimensión simbóca; la gente se veía amenazada por lo tremendo, lo aterrador, lo sobrenatural. Esta dimensión no sólo fijaba linderos al poder del rey y del mago, sino también al del artesano y el técnico. En efecto, Malinowsky sostiene que ninguna sociedad aparte de la nuestra ha permitido el uso de las herramientas disponibles hasta su máxima eficiencia. Hasta ahora, el reconocimiento de una dimensión sagrada era una base necesaria de la ética.[256] Después de varias generaciones de olvido, el carácter finito de la naturaleza vuelve a introducirse en nuestra conciencia. Sostengo que en este momento de crisis sería un grave error fundar el límite de las acciones humanas en alguna ideología ecológica sustantiva que modernizara la mística de lo sagrado de la naturaleza. Sólo un acuerdo amplio sobre los procedimientos a través de los cuales puede garantizarse equitativamente la autonomía del hombre postindustrial llevará al reconimiento de los límites necesarios a la acción humana.

En un mundo en el que la ingeniería proporciona las normas, la acción humana se convierte en algo distinto de lo que ha sido naturalmente. Común a todas las éticas fue la premisa de que el acto se practica dentro de la condición humana. Como los diversos sistemas éticos consideraban, tácita o explícitamente, que esta condición humana estaba más o menos dada, una vez y para siempre, quedaba estrechamente circunscrito el ámbito de la acción humana. La naturaleza se consideraba más o menos invulnerable: si se transgredían sus fronteras, ejercía su venganza sobre el transgresor, ya fuese Icaro, Edipo, Prometeo o incluso Jerjes. Reinaba una clara distinción entre las herramientas que los dioses habían dado a la

256. Jonas, Hans: «Technology and responsibility: reflections on the new task of ethics», en: *Social Research*, 1972, págs. 31-54.

humanidad y que trabajaban dentro de la armonía de un nexo cósmico, y otros tipos de máquinas como las alas hechas por Icaro para superar con más ingenio la sabiduría de este nexo de fuerzas. «*Tecné*», el arte que produjo el primer tipo de herramienta, fue tributo moderado a la necesidad y no el camino para la acción escogida de la humanidad. Los hombres se enfrentaban a dioses a los que atribuían propósitos, percibiendo de ese modo la intencionalidad de su propia acción como significado circunscrito y dado mediante intenciones de orden superior.

En cambio, en nuestra época industrializada no sólo es nuevo el objeto sino también la mera naturaleza de la acción humana. En lugar de enfrentarnos con dioses que actúan, afrontamos las fuerzas ciegas de la naturaleza y en lugar de hacer frente a los límites dinámicos de un universo que ahora hemos llegado a conocer, actuamos como si esos límites no se tradujeran en umbrales críticos para la acción humana. Tradicionalmente el imperativo categórico podía circunscribir y validar una acción como verdaderamente humana; imponiendo directamente límites a las acciones de uno, exigía respeto para igual libertad de los demás. Indirectamente ese imperativo reconocía límites a la acción fijados por la condición humana. La pérdida de una «condición humana» normativa no sólo introduce una innovación en el acto humano, sino también una innovación en la actitud humana hacia la estructura en que actúa una persona. Para que esta acción continúe siendo humana después de haber privado a la estructura de su carácter sagrado, necesita una base ética reconocida dentro de un nuevo tipo de imperativo. Este imperativo sólo puede resumirse de la manera siguiente: «actúa de manera que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de la vida humana genuina»; muy concretamente aplicado esto podría significar: «no eleves los niveles de radiación a menos que sepas que esta acción no tendrá efectos sobre tu nieto». Obviamente, un imperativo de esa índole no puede formularse mientras se considere la «vida humana genuina» como un concepto infinitamente elástico.

¿Es posible, sin restablecer la categoría de lo sagrado, alcanzar la ética que por sí sola permitiese a la humanidad aceptar la disciplina extrema de este nuevo imperativo? En caso contrario, habrían de aparecer las racionalizaciones para cualquier atrocidad: «¿por qué no ha de elevarse la radiación ambiente? ¡Nuestros nietos se acostumbrarán a ella!» En algunos casos, el temor podría ayudar a conservar un mínimo de cordura, pero únicamente cuando las consecuencias fuesen bastante inminentes. Algunos reactores nucleares quizás ni lleguen a ponerse en operación por temor de que puedan servir a la Mafia para sus extorsiones al año siguiente o producir cáncer antes que muera el operador, pero sólo el temor de lo sagrado, con su veto omnímodo, ha sido hasta ahora independiente de las computaciones del autointerés mundano y del solaz de la incertidumbre acerca de las consecuencias remotas. Ese temor podría ahora volver a evocarse con suficiente rigidez para imponer el imperativo que dice que la vida humana genuina merece respeto lo mismo ahora que en lo futuro.[257] En realidad, este recurso a lo sagrado ha sido bloqueado en nuestra crisis actual. El recurso de la fe podría proporcionar un escape a los que creen, pero no puede fundar un imperativo ético porque la fe existe o no existe; y si está ausente, el fiel no puede culpar al infiel. La historia reciente ha demostrado que los tabús de las culturas tradicionales están fuera de lugar para combatir una extensión excesiva de la producción industrial. Después de todo, la eficacia de esos tabús ha estado vinculada a los valores de una sociedad particular y de su modo de producción, y precisamente son aquéllos los que se han perdido irrevocablemente en el proceso de la industrialización. No es necesario, probablemente no sea factible y ciertamente no es deseable fundar la limitación de las sociedades industriales en un sistema compartido de creencias

257. Ramsey, Paul: *Fabricated man: the ethics of genetic control,* New Haven, Yale Univ. Press, 1970. Hay cosas que podemos hacer y que no deben hacerse. Excluir esas cosas es una condición necesaria para salvar al hombre del envilecimiento total por la tecnología.

sustantivas que tendrían que ser puestas en vigor por el poder de la policía encaminado al bien común. Es posible encontrar la base necesaria para la acción humana ética sin depender del reconocimiento compartido de algún dogmatismo ecológico actualmente en boga. Esta alternativa a una nueva religión o ideología ecológica se funda en un acuerdo acerca de valores básicos y en reglas de procedimiento.

Puede demostrarse que, pasado un cierto punto en la expansión de la producción industrial en cualquier campo importante de valor, las utilidades marginales tienen que dejar de ser distribuidas equitativamente y que, simultáneamente, comienza a declinar la eficacia general. Si el modo industrial de producción se expande más allá de una cierta etapa y continúa chocando contra el modo autónomo, aparecen cada vez más sufrimientos personales y disolución social. Mientras tanto, es decir, entre el punto de sinergia óptima situado entre la producción industrial y la autónoma y el punto de máxima hegemonía industrial tolerable, se hacen necesarios los procedimientos políticos y jurídicos para invertir la expansión industrial. Si esos procedimientos se ejecutan en un espíritu de autointerés ilustrado y un deseo de supervivencia, y con la distribución equitativa de productos sociales y el acceso equitativo al control social, el resultado tiene que ser un reconocimiento de la capacidad de sostén del ambiente y del óptimo complemento industrial para la acción autónoma que se necesita a fin de alcanzar realmente metas personales. Los procedimientos políticos orientados hacia el valor de supervivencia en equidad distributiva y participatoria es la única respuesta racional a la creciente manipulación total bajo la sombra de la ideología ecológica.

La recuperación de la autonomía personal será así el resultado de la acción política que refuerce un despertar ético. La gente querrá limitar el transporte porque deseará moverse eficiente, libre y equitativamente; limitará la educación porque deseará compartir igualmente la oportunidad, el tiempo y el interés por aprender *en* más que *acerca* del mundo; la gente limitará los tratamientos médicos porque deseará conservar su

oportunidad y su poder para curar. Reconocerá que únicamente la limitación disciplinada del poder puede proporcionar satisfacciones equitativamente compartidas.

La recuperación de la acción autónoma dependerá no de nuevas metas específicas que comparta la gente, sino de la utilización de procedimientos jurídicos y políticos que permitan a individuos y grupos resolver conflictos originados por su persecución de objetivos diferentes. La mejor movilidad no dependerá de algún nuevo tipo de sistema de transportes sino de condiciones que hagan más valiosa la movilidad personal bajo el control personal. Mejores oportunidades de aprender no dependerán de más información mejor distribuida acerca del mundo, sino de la limitación de la producción fundada en la aplicación intensiva de capital en bien de interesantes condiciones de trabajo. Una mejor asistencia a la salud no dependerá de alguna nueva norma terapéutica sino del grado de buena voluntad y competencia para dedicarse a la autoasistencia. La recuperación de este poder depende del reconocimiento de nuestras actuales ilusiones.

El derecho a la salud

Daños crecientes e irreparables acompañan la expansión industrial en todos los sectores. En la medicina esos daños aparecen en forma de yatrogénesis. La yatrogénesis es clínica cuando a causa de la asistencia médica se producen dolor, enfermedad y muerte; es social cuando las políticas de salud refuerzan una organización industrial que genera mala salud; es estructural cuando apoyadas médicamente la conducta y las ilusiones restringen la autonomía vital del pueblo minando su competencia para desarrollarse, atenderse uno a otro y envejecer, o cuando la intervención médica incapacita reacciones personales al dolor, la invalidez, el impedimento, la angustia y la muerte.

La mayoría de los remedios actualmente propuestos por los ingenieros y economistas sociales para reducir la yatrogé-

nesis comprenden un nuevo incremento de los controles médicos. Esos llamados remedios generan males yatrógenos de segundo orden en cada uno de los tres niveles críticos.

Los efectos yatrógenos más profundos de la tecnoestructura médica son resultado de sus funciones no técnicas, por medio de las cuales sostiene la creciente institucionalización de valores. Las consecuencias técnicas y las no técnicas de la medicina institucional se unen y generan una nueva clase de sufrimiento: la supervivencia anestesiada, impotente y solitaria en un mundo convertido en pabellón de hospital. Némesis Médica es la experiencia de personas que están privadas en gran proporción de toda capacidad autónoma de hacer frente a la naturaleza, al vecino y a los sueños, y que se mantienen técnicamente dentro de sistemas ambientales, sociales y simbólicos. No puede medirse la Némesis Médica, pero puede compartirse su experiencia. La intensidad con que se experimente dependerá de la independencia, la vitalidad y la capacidad de relación de cada individuo.

La percepción de Némesis conduce a una opción. O bien se estiman, reconocen y traducen las fronteras naturales del esfuerzo humano en límites determinados políticamente, o bien se acepta la alternativa a la extinción como supervivencia obligatoria en un infierno planificado y mecanizado. Hasta hace poco tiempo la opción entre la política de la pobreza voluntaria y el infierno del ingeniero de sistemas no era congruente con el lenguaje de hombres de ciencia ni de políticos. Nuestra creciente experiencia con Némesis Médica reviste a la alternativa de nuevo sentido: la sociedad debe elegir los mismos límites rígidos dentro de los cuales todos sus miembros encuentran una garantía de igual libertad o tendrá que aceptar controles jerárquicos sin precedentes.

En varias naciones el público está actualmente listo para revisar su sistema de asistencia a la salud. Hay un grave peligro de que el próximo debate reforzará la actual medicalización frustránea de la vida y por consiguiente aumentará Némesis.

Todavía podría salvarse el debate si se concentrara la atención en la Némesis Médica, si la recuperación de la responsa-

bilidad personal por la asistencia a la salud se constituyera en el problema central y si se hiciera de las limitaciones a los monopolios profesionales el objetivo esencial de la legislación. En lugar de limitar los recursos de los médicos y de las instituciones que los emplean, esa legislación habría de proscribir la tecnología médica a los profesionales hasta que los artefactos y medios que pueden manejar los profanos estén realmente a la disposición de todo el que quiera tener acceso a ellos. En lugar de multiplicar los especialistas que pueden asignar cualquiera de los diversos papeles de enfermo a personas que se ponen mal por su trabajo y su vida, la nueva legislación garantizaría el derecho de la gente a desertar y organizarse en una forma menos destructiva de vida, en la que tendría más control sobre su ambiente. En lugar de restringir el acceso a drogas, a medicamentos y procedimientos adictivos, peligrosos o inútiles, esa legislación trasladaría todo el peso de su uso responsable al hombre enfermo y a sus parientes inmediatos. En lugar de someter la integridad física y mental de los ciudadanos a más y más custodios, esa legislación reconocería el derecho de cada hombre a definir su propia salud, sujeto sólo a limitaciones impuestas por el respeto a los derechos de su vecino. En lugar de confiar en el juicio experto de profesionales, podrían verificarse esos valores que habrán de orientarlos. En lugar de robustecer el poder de autorización de colegas especializados y organismos gubernamentales, la nueva legislación permitiría la elección popular para dar derecho a médicos elegidos a empleos sanitarios sostenidos por impuestos. En lugar de someter su actuación a organizaciones de revisión profesional, la nueva legislación haría que los evaluara la colectividad a la que sirven. Esas garantías contra el apoyo médico de un sistema industrial morboso montarían el escenario para practicar la salud como una virtud.

La salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto sino de una reacción autónoma aunque moldeada culturalmente ante la realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes, de crecer, madurar y envejecer, de curar cuando está uno lesionado, sufrir y esperar pacíficamente la muerte. La salud abarca también lo futuro y por tanto comprende la angustia y los recursos internos para vivir con ella.[258]

La salud designa un proceso mediante el cual cada uno es responsable, pero sólo en parte responsable ante los demás. Ser responsable puede significar dos cosas. Un hombre es responsable de lo que ha hecho y es responsable ante otra persona o grupo. Unicamente cuando se considera subjetivamente responsable ante otra persona, las consecuencias de su fracaso no serán la represión, la crítica, la censura o el castigo, sino la pena, el remordimiento y el verdadero arrepentimiento. Los estados consiguientes de pesar y angustia son marcas de recuperación y curación, y fenomenológicamente son algo por completo diferente de los sentimientos de culpa que habitualmente se describen en la literatura psicoanalítica. La salud es una tarea y como tal no puede compararse con el equilibrio fisiológico de las bestias. En esta tarea personal el éxito es en gran parte resultado del conocimiento de uno mismo, la autodisciplina y los recursos internos mediante los cuales cada persona regula su propio ritmo cotidiano, sus acciones, su régimen de alimentación y sus actividades sexuales. El conocimiento de ocupaciones deseables, la actuación competente, el empeño en aumentar la salud de los demás, todo ello aprendido mediante el ejemplo de iguales o de mayores. Esas actividades personales se moldean y se condicionan por la cultura en que se desarrolla el individuo: modelos de trabajo y

258. Berger, Peter: *The social construction of reality: a treatise on the sociology of knowledge,* N. Y., Doubleday, 1966.

ocio, de celebraciones y sueño, de producción y preparación de alimentos y bebidas, de modelos familiares y de política. La existencia de patrones de salud probados por el tiempo, que corresponden a una zona geográfica y a una situación técnica, dependen en gran medida de una prolongada autonomía política. Dependen de la difusión de responsabilidad respecto de hábitos saludables y del ambiente sociobiológico. Es decir, dependen de la estabilidad dinámica de una cultura.

Tradicionalmente, las culturas se interesaban primordialmente por la salud de sus miembros. Al fijarse otras metas las culturas, la asistencia a la salud se convirtió en un privilegio para un élite. La construcción de un pirámide, la conquista de la Tierra Santa, o el aterrizaje en la luna distraen igualmente de la integridad indispensable para mantener la salud de un sistema social. La necesidad de asistencia profesional, especializada para la salud, puede considerarse, pasado un cierto punto, como indicación de las metas malsanas perseguidas por la sociedad. Cuando la identidad de la cultura y la conservación de la salud ha sucumbido ante una civilización orientada estructuralmente hacia el progreso ilimitado, la conservación de la salud se convierte cada vez más en asunto de virtud, es decir, de hábito formado conscientemente. Ser sano se vuelve una tarea culta. También se convierte en una actividad antisocial. Una sociedad malsana depende de gente malsana que se asegura su supervivencia, disciplina y funcionamiento mediante la distribución de los servicios terapéuticos necesarios.

El nivel de salud pública corresponde al grado en que se distribuye entre la población total los medios y la responsabiidad para enfrentarse a la enfermedad. Esa capacidad de enfrentamiento puede aumentarse pero nunca ser reemplazada por la intervención médica en la vida de la gente ni por las características higiénicas del ambiente. La sociedad que pueda reducir al mínimo la intervención profesional proporcionará las mejores condiciones para la salud. Cuanto mayor sea el potencial de adaptación autónoma a uno mismo, a los demás y al ambiente, menos se necesitará ni se tolerará el manejo de la adaptación.

Obviamente, un mundo de salud óptima y generalizada es un mundo de intervención médica mínima y sólo excepcional. La gente sana es la que vive en hogares sanos a base de un régimen alimenticio sano; en un ambiente igualmente adecuado para nacer, crecer, trabajar, curarse y morir: sostenida por una cultura que aumenta la aceptación consciente de límites a la población, del envejecimiento, del restablecimiento incompleto y de la muerte siempre inminente. La gente sana no necesita intervenciones burocráticas para amarse, dar a luz, compartir la condición humana y morir.

La fragilidad, la individualidad y la capacidad de relación conscientemente vividas por el hombre hacen de la experiencia del dolor, la enfermedad y la muerte una parte integrante de su vida. La capacidad para enfrentarse autónomamente con esta triada es fundamental para su salud. Cuando el ser humano se hace dependiente del manejo de su intimidad, renuncia a su autonomía y su salud *tiene que* decaer. El verdadero milagro de la medicina moderna es diabólico. Consiste no sólo en hacer que individuos sino poblaciones enteras sobrevivan en niveles inhumanamente bajos de salud personal. Que la salud haya de decaer con el aumento de prestación de servicios sanitarios solamente no lo prevén los administradores de la salud, precisamente porque sus estrategias son resultado de su ceguera ante la inalienabilidad de la vida.

"La medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud. La dependencia respecto a los profesionales que atienden la salud influye en todas las relaciones sociales. En los países ricos ha alcanzado proporciones morbosas; en los países pobres está ocurriendo rápidamente lo mismo. Hay que reconocer el carácter político de este proceso al que denominaré medicalización de la vida." Como dice el autor en el prefacio, *Némesis médica* es un libro en proceso de escritura, un borrador en marcha que ha de servir para provocar nuevas reflexiones. El libro se compone de tres partes, atiende la primera a establecer los límites del progreso médico, la segunda al análisis de los síntomas sociales consecuencia de la medicalización de la salud y la tercera al problema de la expropiación de la salud y sus contextos políticos. El borrador de Illich constituye una cata en profundidad en uno de los problemas más graves de las sociedades contemporáneas.



SERIES DE RESPUESTA 130
BREVE BIBLIOTECA DE RESPUESTA
BARRAL EDITORES